FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE 148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules BELOUX

Né à Giromagny (Haut-Rhin), le 22 août 1884
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Fondations Chardon-Lagache et Rossini
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Licencié ès sciences

De l'Origine habituellement névropathique

DES

VOMISSEMENTS GRAVES

DITS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

ET DE LEUR

TRAITEMENT PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

148

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules BELOUX

Né à Giromagny (Haut-Rhin), le 22 août 1884
Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Fondations Chardon-Lagache et Rossini
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Licencié ès sciences

De l'Origine habituellement névropathique

DES

VOMISSEMENTS GRAVES

DITS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

ET DE LEUR

TRAITEMENT PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

Externat : 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Externat : 1908-1909 et 1909-1910

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Médecin de l'Hôpital Hérold

Internat provisoire : 1910-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR PAPILLON

Médecin de l'Hôpital du Bastion 29

Internat Chardon-Lagache : 1911-1912

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de la Pitié

Internat provisoire : 1912-1913

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVAGE

Accoucheur des Hôpitaux

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé
Chirurgien de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVASSU

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MM. LES DOCTEURS CASTAIGNE, RATHERY

Professeurs agrégés
Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur de Saint-Antoine

MESSIEURS LES DOCTEURS J.-CH. ROUX ET LABOULAIS

Assistants de consultation à l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

RIBEMONT-DESSAIGNE

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
Accoucheur de l'hôpital Beaujon

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

De l'Origine habituellement névropathique

DES

VOMISSEMENTS GRAVES

DITS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

ET DE

LEUR TRAITEMENT PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE

INTRODUCTION

Deux années d'externat dans le service du Dr Mathieu, que nous tenons à remercier ici de nous avoir si largement prodigué ses conseils en pathologie et surtout en pathologie gastrique ; six mois passés, comme interne à la maternité de la Nouvelle Pitié, où le Dr Potocki se montra toujours pour nous un maître aimable et dévoué, nous ont permis d'observer un certain nombre de vomissements de la grossesse à allure grave.

M. Doléris a bien voulu, d'autre part, nous communiquer ses observations ; nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous avons été frappé des résultats surprenants obtenus par la psychothérapie et avons acquis la

conviction que ces vomissements étaient d'ordre névropathique,

Or, les discussions sans nombre auxquelles a donné lieu cette pathogénie, — une série de travaux récents cherchant à démontrer l'existence de « l'intoxication gravidique » — prouvent bien que les auteurs ne sont nullement d'accord sur cette question.

Dans ce travail, nous passerons d'abord en revue les diverses explications pathogéniques qui ont été données du syndrome vomissements graves. Nous montrerons que ces vomissements ne sont nullement aussi différents de certaines autres formes de vomissements à type névropathique, observées en dehors de l'état de gestation. Nous essaierons de rapprocher les signes considérés comme preuve d'une intoxication gravidique, — des signes que l'on observe dans l'état de jeûne ou chez des malades en état de déshydratation ou de dénutrition. Nous montrerons, par une série d'observations, que l'idée de l'origine névropathique de ces vomissements repose sur les résultats obtenus par des traitements divers — parmi lesquels l'injection sous-cutanée de sérum d'homme. Ce dernier a produit l'effet que des travaux récents paraissaient réserver à un sérum spécifique, celui de la femme enceinte normale au voisinage du terme.

Nous terminerons en discutant le traitement qui convient le mieux à cette affection.

SÉMÉIOLOGIE

Tous les classiques sont d'accord, pour décrire au cours de la grossesse, deux sortes de vomissements : les vomissements à type bénin, fréquents puisqu'on les observe dans près de la moitié des grossesses. Ils débutent le plus souvent vers la fin du premier mois de la gestation, mais quelquefois plus tôt, dès les premiers jours, et prennent fin, vers le quatrième mois, le plus souvent, mais peuvent aussi être observés jusqu'à la fin de la grossesse. Tantôt il n'existe que des nausées à jeun au moment où la femme se lève.

D'autres fois, ce sont des vomissements pituiteux ou encore des vomissements alimentaires suivant de très près l'ingestion des aliments. Ces vomissements peuvent être une cause de fatigue, mais habituellement ils ne modifient que très peu l'état général de la femme.

Les vomissements graves succèdent le plus souvent aux vomissements bénins, mais quelquefois on a affaire d'emblée, au type incoercible.

La description que Paul Dubois a donné de leur allure clinique est restée classique et on continue à

accepter la division en trois périodes établies par cet auteur.

Première période. — Les vomissements n'ont de remarquable que leur persistance, leur fréquence. L'attention est encore attirée par les efforts violents qui les accompagnent. Bientôt l'état général s'altère, la femme maigrit, pâlit, perd ses forces. L'urine est toxique, pauvre en urée, en phosphates, en chlorures surtout. Mais à cette époque on ne note que peu de modifications du côté du pouls et de la pression artérielle.

Deuxième période. — Le pouls s'accélère, il monte à 110, 112, 120 pulsations à la minute. C'est la période fébrile de Dubois, bien qu'en réalité il y ait dissociation entre le pouls et la température, cette dernière restant normale ou ayant parfois même des tendances à s'abaisser. Les vomissements persistent, il y a intolérance gastrique complète.

L'haleine est fétide, la langue sèche. L'urine est très rare, haute en couleur. L'amaigrissement est considérable. On note une diminution de poids journalière de 200, 300, quelquefois même 500 grammes par jour.

L'état de faiblesse est extrême. A tout instant la syncope est menaçante.

Au bout de deux à trois semaines, si l'évolution continue, on arrive à la troisième période.

Celle-ci est caractérisée par de l'agitation, des hallu-

cinations. La dyspnée augmente rapidement. Le pouls s'accélère encore, atteint 140 à la minute. La pression artérielle baisse. L'urine devient de plus en plus rare.

Parfois les vomissements paraissent cesser dans les derniers jours. On croit à une amélioration, et cependant la malade meurt par syncope.

Quelquefois l'allure clinique de la période terminale est modifiée par l'apparition d'un ictère souvent peu foncé. La mort se produit avec les signes de l'ictère grave.

A noter encore la possibilité de polynévrites.

Ces vomissements graves sont peu fréquents.

Vingt-trois cas sur 30.600 grossesses. Statistique de Pick. Clinique de Schauta.

Cependant, à la Frauenklinik de Tubingen, on a noté 20 cas sur 2.500 femmes enceintes.

On admet en moyenne un cas sur 1.000.

PRONOSTIC

Les signes qui permettent d'établir le degré de gravité des vomissements à type incoercible ont fait l'objet d'une série de travaux, concernant l'observation du pouls, de la respiration, de la tension artérielle, du poids, l'examen des urines et du sang, la constatation de complications comme l'ictère, la névrite.

1° *Le pouls* donnera le meilleur signe pronostic de l'affection. D'après Pinard, c'est lui qui doit nous guider. Quand il dépasse 100, il faut intervenir (Congrès de Rome, 1902), mais seulement si le pouls se maintient à ce chiffre, pendant plusieurs jours de suite.

La rapidité du pouls, l'hypotension artérielle auront évidemment une grande importance. Cependant, nous ferons remarquer que des femmes ont parfaitement guéri, qui avaient un pouls au voisinage de 120 et même au-dessus. Enfin, comme l'a fait remarquer très justement M. Potocki à la Société d'Obstétrique, janvier 1910, il faut tenir compte de la fréquence normale du pouls du sujet.

2° L'apparition de l'*ictère* a été considérée comme un dernier avertissement donné au médecin. En réalité, nous avons vu 2 cas d'ictère au cours de vomissements graves, suivis de guérison sans avortement.

3° *Le poids.* — On admet assez généralement que le pronostic devient très sérieux avec une perte de poids allant de 25 à 30 o/o.

4° *Les Urines.* — La quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures est importante à noter aussi en vue du pronostic, quand il faut prendre une décision. Cependant, l'importance de la quantité d'urine éliminée est peut-être moindre qu'on ne pourrait supposer *a priori*. On voit guérir des femmes qui n'éliminaient qu'une centaine de centimètres cubes d'urines, tandis que d'autres meurent ayant uriné plus d'un demi-litre ; d'autres font à ce moment des complications graves. Témoin le cas de Wallich (*Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909) où des accidents graves se produisirent : polynévrite qui mit la malade en danger.

Lequeux (mai 1910) cherche à établir un critérium pour le pronostic sur le degré d'abaissement du pouvoir glycolytique. Ce pouvoir est toujours abaissé chez les femmes en état de vomissements graves, et Lequeux croit pouvoir dire que, lorsque la limite de ce pouvoir glycolytique a atteint 1 gramme par kilogramme, on doit considérer la

femme comme gravement malade et ne pas hésiter à interrompre la grossesse.

Mais, comme le dit très bien Fieux, ce n'est peut-être pas là l'indice d'une atteinte grave de la cellule hépatique. « Cl. Bernard a montré que l'hyperglycémie peut se rencontrer dans certains troubles fonctionnels passagers du foie, et en particulier dans une sorte d'inertie de la cellule hépatique qui la rend incapable de retenir momentanément le sucre apporté par la veine porte. Or, ce trouble fonctionnel se rencontre dans l'état auquel Lépine a donné le nom de azoamylie, état caractérisé par la diminution plus ou moins considérable du glycogène dans le foie, et qui est constant chez tout sujet soumis à un jeûne prolongé. »

M. Le Lorier, en avril 1912, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, a repris la question de l'acétonurie. La réaction de Gerhardt permettrait peut-être, à son avis, de reconnaître le moment où les vomissements deviennent graves.

L'acétonurie est, en effet, symptomatique de dénutrition, mais ne paraît pas comporter un pronostic particulièrement grave.

5° *Le sang.* — Devraigne, octobre 1908, a constaté que chez les femmes atteintes de vomissements graves, il existe une polyglobulie, par condensation des éléments solides du sang, après déchloruration et déshydratation de tout l'organisme. Souvent même après injection de sérum artificiel, on trouve 5 millions

de globules rouges par millimètre cube de sang, et cette polyglobulie est pour lui un élément de pronostic sérieux montrant qu'il faut intervenir au plus vite.

DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic des vomissements graves de la grossesse.

Nous rappellerons seulement qu'il est à faire avec des affections s'accompagnant de vomissements au cours de la grossesse :

Ulcère, cancer de l'estomac.

Occlusion intestinale.

Appendicite.

Coliques hépatiques et cholécystite.

Crises gastriques du tabès au cours de la grossesse sur lesquelles a insisté Dufour.

Vomissements symptomatiques d'une tumeur cérébrale.

Vomissements urémiques, tous diagnostics en général faciles à éliminer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
PATHOGÉNIE

Les autopsies de femmes ayant succombé à la suite de vomissements graves de la grossesse n'ont donné aucun résultat constant. Souvent tous les organes apparaissent sains. Nous ne devons naturellement pas nous arrêter aux cas où l'autopsie a révélé une lésion organique de l'estomac ou de l'intestin, ulcère ou cancer, une lésion cérébrale, une lésion médullaire. Il s'agissait dans ces cas de vomissements au cours de la grossesse, par affection intercurrente et ces faits sont à séparer absolument de notre sujet.

Bar écrit à propos de l'anatomie pathologique :

« Les lésions des reins n'ont rien de constant.

On a signalé dans quelques cas des lésions manifestes du côté du système nerveux périphérique.

Dans un cas publié par Soloview, on constata à l'autopsie une dégénérescence caractérisque des principaux troncs nerveux.

On a signalé également des lésions du côté de l'estomac, du foie ou du péritoine, mais ces faits sont trop exceptionnels pour qu'on puisse y rattacher la cause des vomissements incoercibles. »

Bar a observé dans un cas une dégénérescence graisseuse du foie dont le poids était énorme. Mais, il y a lieu de se demander s'il ne s'agissait pas d'une lésion indépendante de la grossesse.

Pathogénie

Le manque habituel de renseignements anatomo-pathologiques explique la diversité des théories successivement émises et qui restent encore en présence pour expliquer ces vomissements.

Ces théories peuvent être groupées en 3 classes principales :

1° *Théorie toxique.* — Il existerait une toxine gravidique donnant des symptômes analogues à ceux observés dans des intoxications auto ou exogènes.

Suivant les auteurs, cette toxine a des origines variées — elle est due à la rétention du sang des règles — elle provient de l'intestin, du corps jaune, de l'œuf lui-même. Elle agit, suivant les uns, en impressionnant les centres nerveux, suivant les autres, elle provoque des troubles d'insuffisance hépatique, surrénale, etc.

2° *Théorie réflexe.* — La cause du réflexe peut être :

a) Dans l'utérus, sous la dépendance de l'augmentation de volume de cet organe, des modifications de sa situation : antéflexion, rétroversion, latéro-dévia-

tion, de sa consistance, surtout en ce qui concerne le col, de lésions parfois minimes de la muqueuse ;

b) Dans les organes péri-utérins, ovarite scléro-kystique, kyste, etc. ;

c) Dans les organes abdominaux à distance de l'utérus.

Dans cette théorie, le vomissement se produit par excitation du sympathique ;

3° *Théorie nerveuse pure.* — C'est une névrose favorisée par l'état de gestation.

A chacune de ces théories correspond un traitement spécial.

Les partisans de l'idée d'intoxication instituent un régime de plus en plus sévère, et le traitement rationnel consiste à provoquer l'avortement.

Si on admet l'existence d'un réflexe, on cherche à modifier la situation de l'utérus, sa consistance, on cautérisera, on dilatera le col (méthode de Copemann).

Enfin, les défenseurs de la névrose s'attachent surtout à mettre en œuvre la persuasion en la cachant sous des apparences multiples destinées à impressionner les malades.

INTOXICATION

L'idée d'intoxication paraît avoir prédominé dans les recherches entreprises depuis quelques années par nos maîtres de l'obstétrique et par les médecins qui se sont intéressés à cette question. Au Congrès de Toulouse de 1910, le professeur Pinard remarquait avec plaisir, après le rapport de M. Fieux, que personne n'avait protesté contre l'intoxication considerée comme cause des vomissements de la grossesse.

On a cherché d'abord à établir une symptomatologie spéciale aux vomissements toxiques et à les séparer ainsi de vomissements d'origine névropathique, admis à titre exceptionnel par les partisans de l'idée d'intoxication.

Une preuve d'intoxication, est-il écrit dans *Dubrisay-Jeannin*, est donnée par la constipation.

L'accélération du pouls a été considérée comme preuve principale.

Urines. — Meillère (Société de Biologie, 18 octobre 1902) montre que chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles, l'élimination des chlorures

urinaires est insignifiante et que le rapport des chlorures à l'urée est très faible. Il peut tomber à 2 o/o.

Il croit pouvoir conclure de ces faits en écartant l'idée de névrose.

Whitridge Williams (Société américaine de Gynécologie, 1905) pense pouvoir marquer le vomissement toxique par l'augmentation dans l'urine de l'azote excrété sous forme d'ammoniaque. « Dans les vomissements réflexes et nerveux, dit-il, il n'y a pas de modifications notables de l'urine, tandis que la forme toxique est caractérisée par une diminution accusée de l'azote excrété comme urée et une augmentation de l'azote ammoniacal. »

Auparavant, on avait voulu voir un signe de toxicité dans la présence dans les urines d'indican, de faibles quantités d'albumine, de produits acétoniques.

CAUSES DE L'INTOXICATION

1. — *Hépatotoxémie.* — C'est avant tout l'opinion du professeur Pinard, qui considère l'insuffisance hépatique comme responsable d'un grand nombre des accidents de la grossesse, parmi lesquels les vomissements et l'éclampsie.

Il défend cette idée depuis de longues années à la clinique Baudelocque, il l'a formulée à plusieurs reprises, et en particulier en 1900, dans son travail intitulé : *Esquisse des progrès réalisés en Obsté-*

trique pendant le XIX^e^ *siècle*. Après avoir rappelé les travaux de Bouchard, les expériences de Hahn Messen et de Paulow, il dit : « Les signes d'insuffisance hépatique étudiés et bien décrits depuis quelques années par les médecins, présentent avec les signes observés pendant la grossesse la plus parfaite similitude. »

De là, la conception de l'hépatotoxémie gravidique, ayant pour manifestations précoces les vomissements, le ptyalisme, les démangeaisons, l'albuminurie. Mais jusqu'au jour où on aura décélé la présence de ces toxines, ajoute-t-il plus loin, cette conception ne pourra être considérée que comme une hypothèse.

Aug. Turenne, au Congrès de Buenos-Ayres, après avoir envisagé la possibilité d'une série de causes de vomissements de la grossesse, insiste en particulier sur des lésions probables du foie ou des reins.

ACTION DU PANCRÉAS

Après le foie et les reins, il est possible que le pancréas intervienne aussi. En tout cas, on a montré ses modifications au cours de la grossesse.

Schirokauer, après Grœfenberg et Becker, montrant que les réactions antitryptiques sont plus marquées pendant la grossesse, invoque les connaissances modernes sur les relations existant entre le pancréas et les glandes sexuelles, et pense que si la fonction

du corps jaune ne s'exerce pas, les îlots de Langerhans présentent une plus grande activité.

INTOXICATION ACIDE

Whitridge Williams (Société américaine de Gynécologie, 1905), dans une étude critique, après avoir admis l'existence de vomissements réflexes et hystériques, dit que certaines observations personnelles lui paraissent confirmer la réalité de l'hépatotoxémie. Il a constaté, en même temps qu'un état pathologique indiscutable du foie, des modifications importantes dans le métabolisme normal. Dans certains cas de vomissements graves, celui-ci se traduit par une forte augmentation du coefficient ammoniacal. Cette modification peut être due à une incapacité du foie malade d'effectuer une oxydation complète, ou bien elle peut être l'expression de la réaction défensive de l'organisme contre une intoxication acide.

Cette idée d'intoxication acide a été acceptée par quelques médecins en France. Nous savons que des essais d'injections intraveineuses de solutions alcalines ont été faits, mais nous n'en connaissons pas les résultats.

D'autre part, M. Le Lorier, en avril 1912, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, attirait l'attention sur la constance de la réaction de Gerhardt, et considérant que celle-ci résulte de l'acidose générale, pensait qu'il serait indiqué de faire des injec-

tions intraveineuses de sérum alcalin à titre adjuvant de la médication spécifique par le sérum de femme enceinte normale.

INSUFFISANCE SURRÉNALE

Dans *la Presse médicale* du 11 décembre 1912, Sergent et Lian pensent qu'on a confondu, sous le nom général de vomissements graves, des affections très différentes.

En certains cas, les divers troubles constatés sont dus à une insuffisance surrénale. Ils rapportent six observations de vomissements gravidiques coexistant avec des signes d'insuffisance surrénale, qui ont guéri après l'administration d'adrénaline ou d'extrait surrénal.

Le diagnostic d'insuffisance surrénale s'appuie sur le pouls rapide, l'hypotension artérielle et la constatation de la ligne blanche.

INTOXICATION PAR RÉTENTION DU SANG DES RÈGLES

Aug. Turenne (de Montevideo) admet encore la possibilité de toxémie par rétention menstruelle, et cette hypothèse l'amène à proposer comme traitement l'opothérapie ovarienne, qui lui a donné de bons résultats (IIe Congrès médical latino-américain de Buenos-Ayres, avril 1904).

INTOXICATION D'ORIGINE INTESTINALE

On a aussi considéré l'intestin comme capable de produire une intoxication suffisante pour provoquer les vomissements (Dirmoser). C'est pourquoi on conseille encore parfois la diète et les purgatifs comme traitement.

Dans la méthode de Forgue d'Étampes, modifiée par Cazeaux, l'intestin est vidé au moyen de lavements purgatifs, puis nettoyé par de grands lavages — de 10 litres et plus — au sérum physiologique.

En même temps on administre à la malade un purgatif que l'on renouvelle jusqu'à ce qu'il soit toléré.

M. Bonnaire emploie dans ce cas l'eau de Sedlitz, dont il faut souvent donner jusqu'à 5 et 6 bouteilles. Ce traitement amène une débâcle qui débarrasse l'organisme d'une forte dose de toxines. On recommence les jours suivants jusqu'à ce que les accidents s'amendent.

En même temps, on tente de nourrir la malade, soit en lui faisant absorber du lait par petites quantités, glacé ou coupé d'eau de Vichy, soit à l'aide de lavements alimentaires.

CORPS JAUNE. — VILLOTOXÉMIE

M. Fieux, au Congrès de Toulouse, septembre 1910, et dans un travail publié avec M. Mauriac la même

année, croit pouvoir établir de façon irréfutable, par des recherches scientifiques, l'existence d'une toxine d'origine villeuse, laquelle agirait pendant la première moitié de la grossesse, tandis qu'une autre toxine, peut-être l'hépatotoxine, prendrait sa place et produirait les accidents possibles des derniers mois de la grossesse. Il fait remarquer que tous les signes sur lesquels on a voulu établir le diagnostic d'hépatotoxémie : diminution de la quantité des urines, diminution des chlorures et de l'urée, présence d'urobline, de corps acétonique, sont secondaires à l'inanition.

Corps jaune. — Il rappelle d'abord les travaux de Frænkel et les remarquables expériences, qui ont amené cet auteur à conclure que le corps jaune a pour fonction de rendre possible l'insertion de l'œuf, et d'assurer pendant un certain temps son développement ultérieur ainsi que celui de l'utérus gravide, mais cette action ne s'exerce que pendant la première moitié de la grossesse. Passé ce délai, la destruction des corps jaunes n'a plus d'influence sur l'évolution de l'œuf.

Chez la femme toutefois, les réactions peuvent différer notablement des résultats obtenus expérimentalement chez les animaux, et Fieux fait remarquer que des grossesses ont pu aller à terme, malgré l'exérèse précoce de l'ovaire porteur du corps jaune.

« Malgré des discordances, dit-il, on ne peut s'empêcher d'être frappé par certaines particularités qui ont

fait dire à M. Pinard, en parlant de la toxémie gravidique précoce : d'après ce que nous savons déjà, il n'est pas illogique de penser que le corps jaune de la gestation, cette glande plus volumineuse que l'hypophyse joue le rôle capital ».

Cependant Fieux fait remarquer que l'administration de corps jaune n'a pas donné grands résultats.

Villotoxémie. — Il arrive alors à la grande théorie du jour, la villotoxémie, opinion soutenue par Behm de Berlin, Potens, puis Mettay.

C'est l'œuf lui-même qui est cause de la toxémie spécifique.

L'œuf villeux jeune constitue une véritable greffe parasite, et il remarque que les phénomènes de toxémie et les vomissements sont plus fréquents avec des œufs doubles et surtout fréquents en cas de môle hydatiforme et « jamais les vomissements ne résistent à l'avortement provoqué ».

L'œuf se comporterait, vis-à-vis de l'organisme maternel jusqu'à un certain point, comme un corps étranger. comme une albumine étrangère jouant le rôle d'antigène suscitant la production d'anticorps dans l'organisme de la mère. Que cette production d'anticorps chez la mère vienne à être insuffisante, la présence de l'œuf entraînerait des effets toxiques « l'intoxication gravidique ».

Guéniot, *Paris médical*, 2 novembre 1912.

MM. Fieux et Mauriac pensent avoir pu déceler

par la méthode de Bordet-Gengou, par l'utilisation de la déviation du complément, la présence dans le sérum de la mère d'un anticorps spécifique de la villosité choriale jeune. Ils ont obtenu une réaction positive fréquente dans le courant du deuxième et du troisième mois.

Cette réaction s'atténuait vers le quatrième mois et disparaissait complètement ensuite.

Ils remarquent qu'il existe un parallélisme frappant entre la vie du corps jaune et cette réaction humorale, et pensent qu'il est permis de supposer que le corps jaune préside peut-être à l'équilibre entre la toxémie et la défense, à la régulation nécessaire pour empêcher certains symptômes du début de dégénérer en véritables états pathologiques.

Quoi qu'il en soit MM. Fieux et Mauriac, dans leur travail *De la possibilité d'une toxémie villeuse et d'un séro-diagnostic de la grossesse dans les premiers mois de la gestation*, établissaient la possibilité du diagnostic de la grossesse par le laboratoire, au même titre que celui de la syphilis par la réaction de Wassermann ou celui du kyste hydatique.

Mais nous devons dire que ces résultats ne furent pas acceptés sans conteste.

Chirié et Beauvy, Société de Biologie, 1907, Oscar Frankl (*Gynec. Rundschan*, 1909) avaient abouti à des résultats négatifs. Bar et Daunay (*Arch. d'obstétrique et de gynécologie*, mars 1912) montraient que les résultats étaient très inconstants et même presque rares.

Arnaldo Quintella (de Rio-de-Janeiro), au contraire, publiait, en juillet 1912, dans *les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, un article où après avoir montré que la réaction antitryptique ne donne que peu de renseignements en pratique, après avoir passé en revue les travaux de Weichardt sur l'épiphanine réaction, vante les avantages de la méthode de Fieux et Mauriac, et les résultats excellents qu'ont obtenus deux de ses élèves : Codovil Pinto Coelho et Assis Nepomuceno.

Bien que non admis sans conteste, les résultats paraissaient permettre d'accepter l'hypothèse de la toxine gravidique comme une réalité. A cette toxine, il fallait opposer, pour le traitement, une antitoxine, il était logique de chercher à établir un traitement spécifique de la toxémie.

Il parut naturel de chercher cette antitoxine dans le sérum d'une femme enceinte ayant résisté à l'intoxication, et ayant mené à bien sa grossesse jusqu'au voisinage du terme.

A la suite d'une publication de Mayer et Linser de Tubingue, lesquels avaient guéri une dermatose gravidique par des injections de sérum de femme enceinte, MM. Fieux et Dantin avaient essayé, mais sans succès, ce traitement dans un cas de vomissements graves de la grossesse.

En juillet 1911, M. Le Lorier, plus heureux, présentait, à l'Académie de Médecine, un fait de vomissements graves de la grossesse, traité de façon rapide

et satisfaisante, par du sérum de femme enceinte normale près du terme.

En janvier 1912, MM. Fieux et Dantin communiquaient à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, un autre cas de succès.

Les règles de la sérothérapie des vomissements graves de la grossesse étaient posées.

Dans un article des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (mai 1912), MM. Fieux et Mauriac reprennent les conclusions établies par leur travail de février 1910 au sujet de la constatation de la réaction de fixation du complément chez la femme enceinte.

Ils montrent qu'après eux, Vayssière conclut également à l'existence, chez la femme enceinte, d'anticorps spéciaux à l'état de grossesse, et que les anticorps sont fréquemment décelables par l'emploi de la méthode de Bordet-Gengou.

Ils opposent aux recherches de Bar, qui a considéré d'abord la séroréaction de la grossesse comme négative, puis comme un phénomène rare, leur technique et leurs résultats.

Ils publient 33 observations nouvelles qui peuvent se résumer ainsi :

Seize réactions franchement positives concernant :

Cinq grossesses au deuxième mois ;

Sept grossesses au troisième mois ;

Trois grossesses au quatrième mois ;

Un avortement de quatre mois fait six heures auparavant.

Quatorze réactions franchement négatives concernant :

Une rétention d'œuf de deux mois ;
Six rétentions ou complications post-abortives ;
Une grossesse possible non confirmée ;
Une grossesse de trois mois ;
Trois grossesses de cinq mois et demi, six et huit mois ;
Deux femmes normales non enceintes ;
Trois réactions, douteuses concernant :
Une grossesse de quatre mois et demi ;
Une grossesse de quatre mois ;
Une grossesse de cinq mois.

Entre les mains des auteurs précités, la séro-réaction a donc donné des résultats remarquables, avec erreur seulement dans 4 cas sur 33, c'est-à-dire dans 12 cas sur 100. Dans 6 cas, elle a permis de faire le diagnostic entre des avortements en partie faits et des menaces d'avortements.

RÉFLEXE

Mauriceau considérait déjà le vomissement comme un phénomène réflexe, quand il écrivait que « la matrice, qui a un sentiment très exquis à cause de sa composition membraneuse, venant à se dilater par la grossesse, en ressent quelques douleurs, qui se communiquent en même temps par la continuité des nerfs à l'orifice supérieur de l'estomac, lui cause ces nausées et ces vomissements » (cité par Fieux).

Nombreux sont les auteurs qui attribuent la cause première des vomissements graves de la grossesse à une modification de la situation de l'utérus, ou à une lésion du col : ulcération, sclérose, rigidité.

Nous trouvons dans la littérature médicale une série d'observations et de publications prouvant que, partant de cette idée pathogénique, on est souvent arrivé à guérir des vomissements graves.

Graily Hewitt (Société gynécologique américaine) insiste sur la fréquence des déplacements ou désordres utérins — surtout l'antéflexion à ses divers degrés — sur les bons offices que peuvent rendre le redressement de l'utérus, la dilatation du col ou quelquefois le simple attouchement du col à la cocaïne.

M. Guéniot, en 1889 (*Archives de Tocologie*), reprend cette question, et montre que les vomissements incoercibles de la grossesse reconnaissent des causes multiples qui procèdent de trois appareils reliés par voie réflexe :

L'appareil génital, l'appareil nerveux, l'appareil gastro-intestinal.

Du côté de l'appareil génital, 6 cas sont possibles : il peut s'agir comme cause de réflexe, soit :

D'une déviation utérine ;

D'une ulcération ;

De vaginisme ;

D'une affection péri-utérine ;

D'une maladie de l'œuf ;

D'une atrésie de l'orifice utérin, ou de l'adhérence exagérée de l'œuf ou segment inférieur, ou encore d'une rigidité anormale du tissu utérin.

D'autre part, il existe un centre réflexe siégeant dans les 3/5 moyens de la moelle épinière.

Enfin, appareil génital et nerveux sont reliés à l'appareil gastro-intestinal, où nous pouvons encore, parfois, trouver la cause des vomissements, en cas d'altérations organiques des muqueuses gastriques ou intestinales.

Whitridge Williams (Americ. Gynec. Soc., 1905), ajoute aux causes nombreuses d'origine génitale déjà citées :

L'endométrite ;

Les tumeurs ovariques ;

Les anomalies ovulaires, la môle hydatiforme ;

La surdistension de l'utérus en cas d'hydramnios ou de grossesse gémellaire.

Pour prouver l'importance que peut présenter la déviation de l'utérus dans la pathogénie des vomissements incoercibles, plusieurs auteurs montrent que les vomissements sont possibles avec des modifications de situation de l'utérus sans grossesse ou qu'ils peuvent survivre à l'avortement. Greslou (*Journal de Médecine de Paris*, 3 octobre 1887) cite le cas d'une femme enceinte de deux mois, chez qui l'avortement ne fit pas cesser les vomissements et dont l'état ne fut amélioré qu'après la correction de la rétroversion utérine.

L'état du col semble avoir surtout préoccupé de nombreux auteurs. qui ont vu dans sa rigidité; dans l'existence d'ulcérations souvent minimes de la muqueuse, le point de départ du réflexe et ont voulu modifier cette rigidité par la dilatation (méthode de Copemann), guérir les vomissements en même temps que les ulcérations par des cautérisations.

Meredith (1) publie un cas de guérison obtenu par dilatation du col faite au doigt d'abord, puis avec une éponge laissée en place quatre heures une première fois, neuf heures une deuxième fois.

---

1. *Bristol Med. Chirurg. Journal*, 12 juin 1886.

Lewis (1), cependant, proclame l'échec de cette méthode et les avantages retirés d'injections de morphine.

Bonnet, à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris en 1894, cite le cas d'une femme guérie par dilatation prolongée du col au moyen de laminaires, sans qu'il y ait eu de menaces d'avortement.

On a voulu parfois diminuer les réactions d'origine utérine, soit par badigeonnages du col à la cocaïne, soit pas application de la glace sur le bas-ventre. Lucas, 1912, publie 6 cas de guérison par ce procédé.

AFFECTIONS ANNEXIELLES

Me Kliatchkina (Soc. acc. et Gync. de Kiel, oct. et nov. 1893), lit une observation concernant une femme atteinte de vomissements graves, et chez qui on avait fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. On l'opère. On trouve un kyste dermoïde et une grossesse. On enlève le kyste. La malade guérit, la grossesse continue à évoluer sans vomissements.

Bossy (*Journal d'accouchement de Liège*, 14 janvier 1906), cite le cas d'une femme enceinte de trois mois et présentant des vomissements graves, chez qui l'ablation des deux ovaires sclérokystiques fit cesser immédiatement les vomissements, tandis que la grossesse continuait à évoluer normalement.

---

1. *Med. Record*, 26 mars 1887.

AFFECTION A DISTANCE

M. Walther pense que dans bien des cas, les vomissements graves de la grossesse sont sous la dépendance d'une appendicite chronique ignorée. Il a eu l'occasion d'opérer un certain nombre de ces malades, l'appendicectomie a produit des résultats excellents.

Rappelons encore que l'on a expliqué les vomissements incoercibles comme secondaires à des troubles de fonctionnement de la muqueuse gastrique. Leven dit que les femmes enceintes sont des dyspeptiques, et que l'état de grossesse favorise la répétition des vomissements.

NÉVROSE

L'idée des vomissements liés à la névrose, défendue déjà à plusieurs reprises, en France, par M. Doléris. dès 1888, par M. Mathieu, a trouvé surtout des défenseurs en Allemagne.

Kaltenbach, en 1891, publie son travail remarquable, il discute la possibilité d' « une disposition pathologique du système nerveux dans laquelle, ou bien l'excitabilité réflexe est augmentée, ou bien l'irritation partie de l'utérus se trouve exagérée du fait de processus morbides évoluant dans l'utérus ou dans l'œuf, ou bien cette irritation se répercute sur un estomac malade ». Mais, frappé par la diversité des médicaments ou des moyens thérapeutiques qui peuvent guérir brusquement les vomissements incoercibles, il est persuadé qu'« il ne s'agit pas d'altérations anatomo-pathologiques spéciales, mais d'une véritable névrose fonctionnelle dans laquelle l'excitabilité réflexe est augmentée, la faculté modératrice des réflexes diminuée, mais dans laquelle l'énergie empêchant les réflexes de se produire suivant certaines voies nerveuses, peut être restaurée

tout d'un coup, grâce à certaines influences psychiques ».

Il s'étonne qu'on n'ait pas pensé de rapporter ces vomissements aux diverses manifestations de l'hystérie, et remarque que, cependant, M. Doléris s'est rapproché de cette opinion.

Il cite, à l'appui de sa thèse, le cas d'une malade atteinte de vomissements incoercibles à qui on suggéra l'idée que ses vomissements étaient la conséquence de la présence dans l'estomac de substances nuisibles, et qu'ils cesseraient une fois ces substances enlevées. Un simple lavage d'estomac mit immédiatement fin à la maladie.

Ahlfeld, à la suite du travail de Kaltenbach, rappelle qu'en 1881, il avait publié une observation dans laquelle les vomissements incoercibles avaient été supprimés du jour au lendemain, quand la femme avait eu à soigner un de ses enfants dangereusement malade, et il déclare que d'une façon générale, il faut soigner ces malades comme des hystériques.

Friedreich, d'après Cohnstein, aurait dit déjà au Congrès de Neurologie de Heidelberg en 1888 que les vomissements incoercibles de la grossesse étaient la conséquence d'une névrose fonctionnelle contre laquelle le bromure était le meilleur traitement.

G. Klein (de Munich), en 1898, montre que les résultats du traitement basé sur la conception étiologique de Kaltembach l'emportent sur les résultats de toutes les autres méthodes thérapeutiques. Dans tous les cas où il l'a employé, le traitement psychothérapique

a, en quelques jours, souvent en un jour seulement, amené la guérison. Cependant, il se sépare un peu de Kaltenbach sur les adjuvants du traitement. Il préconisé le repos au lit et la diète.

Il insiste d'autre part sur ce fait « qu'il faut fortifier la volonté de la malade en la rendant consciente du but à atteindre et ne pas employer l'hypnose et la suggession qui affaiblissent la puissance de volonté des malades en plaçant leur volonté sous une volonté étrangère. »

Il insiste encore sur la nécessité de l'isolement dans une maison spéciale.

Il met encore en garde contre des échecs possibles : des filles, des femmes en état de grossesse illégitime manifestent parfois, dit-il, de l'étonnement quand on leur affirme que leur guérison est possible sans les débarrasser de leur produit de conception. Ce sont des femmes qui désirent l'avortement ; dans ce cas plus que dans d'autres, il faut se montrer réservé au point de vue de l'intervention.

Il a soin, en effet, de rappeler que si on arrive trop tard, si on est en présence d'une femme en danger immédiat, il faut aller vite et si le traitement psychothérapique n'agit pas immédiatement, il ne faut pas attendre et faire de la théorie, mais provoquer quand même l'avortement.

Les résultats qu'il publie sont très encourageants.

4 cas de guérison par simple repos au lit et régime lacté, avec menaces d'internement.

6 cas de guérison après transport dans un établissement.

D'autres auteurs ont eu recours à l'hypnotisme.

Deux observations avec guérison dans la thèse de Luez, Paris 1893.

OPINIONS MIXTES

OPINIONS ÉCLECTIQUES

Si certains auteurs n'admettent qu'une théorie pathogénique des vomissements de la grossesse, beaucoup acceptent la possibilité de plusieurs types de vomissements.

M. Ribemont-Dessaignes considère des vomissements d'ordre réflexe, d'ordre névropathique et d'ordre toxique.

Bar pense que les théories nerveuse et toxique contiennent chacune une part de vérité, et que les états névropathique et toxique se combinent souvent.

Wallich passe en revue les opinions émises, sans conclure.

Dubrisay et Jeannin décrivent les vomissements d'origine hystérique et les vomissements d'origine toxique.

M. Guéniot, dans un article paru dans *les Archives de Tocologie* en 1889, et dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, la même année, admet des vomissements nerveux, des vomissements réflexes, des vomissements d'origine gastrique.

Graily Hewitt accuse les maladies du foie, des

organes glandulaires, les émotions, les fatigues, l'alcoolisme, certains désordres ou déplacements utérins, surtout l'antéflexion (Société Gynécologique américaine, septembre 1888).

Whitridge Williams (même société, 1905) considère des vomissements graves d'origine réflexe, d'origine nerveuse, d'origine toxique.

DISCUSSION

Raisons plaidant en faveur de la théorie névropathique

1° *La multiplicité des traitements actifs*

Nous croyons, avec M. Doléris, M. Mathieu, avec de nombreux auteurs étrangers, que les vomissements graves de la grossesse dans la grande majorité des cas au moins, sont des vomissements névropathiques, et comme preuve de cette pathogénie, nous insisterons d'abord sur la diversité des moyens thérapeutiques qui ont pu guérir des vomissements graves.

Dans les chapitres précédents, nous avons signalé les guérisons obtenues :

Par les injections de sérum de femme enceinte ;
Par le redressement de l'utérus ;
Par la cautérisation du col ;
Par la dilatation du col ;
Par l'ovariotomie ;
Par l'appendicectomie.

K. Baisch (*Berlin Klin. Wochensch.*, 1907, n° 11)

remarquait qu'il suffit souvent d'une intervention bien minime, comme la simple cautérisation du col, pour guérir des cas graves. Il ajoutait qu'il suffit, même parfois, d'un semblant d'intervention.

Les médicaments les plus divers ont pu être employés avec succès et si les malades n'avaient été persuadées de l'efficacité du médicament employé, si elles n'avaient eu une grande confiance morale dans la personne qui le prescrivait, on ne saurait admettre la réalité de la guérison d'une affection aussi grave par :

L'aloès ;

L'oxalate de cérium ;

La poudre de réglisse composée ;

Le bleu de méthylène, soit à l'intérieur soit en application ;

Les lavements d'eau chargée d'acide carbonique ;

L'oxygène en inhalations ;

La cocaïne, la morphine à doses minimes ;

Le chloral ;

Le menthol donné par doses fractionnées pour arriver à 1 gramme par jour ;

L'extrait gras de cannabis indica conseillé par G. Sée.

La résorcine ;

L'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétées quatre fois par jour (Fédorow).

Les pilules de taraxacum dens leonis ;

L'adrénaline (Sergent et Lian) ;

L'hypophysine (notre observation XIV ;

Le sérum de femme enceinte ;

Le sérum d'homme ;

Le sérum de cheval, etc.

Les douches excellent calmant du système nerveux, ont été employées avec succès surtout par M. Doléris.

On a encore eu recours aux sachets de glace appliqués sur la colonne vertébrale, (Chapemann).

Aux pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique (Charpentier).

L'électrothérapie peut encore être considérée comme agissant sur le moral des malades.

Champetier de Ribes annonçait à la Société médicale de Paris, 8 mars 1895, 4 cas de guérison obtenus par le courant galvanique.

Larat, vers la même époque, obtenait des succès par le même procédé, tandis que Budin se plaignait de n'avoir pu obtenir d'aussi bons résultats.

Il semble bien prouvé que le traitement électrique agit uniquement en frappant le moral des malades.

M. Doléris, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 16 avril 1896, relatait un cas de guérison par *l'appareil électrique*. L'appareil avait suffi, car, dès la première séance, on s'était aperçu que la pile ne fonctionnait pas. Et, cependant à la troisième application la malade était guérie de ses vomissements incoercibles.

En somme n'importe quel traitement agit, pourvu qu'il soit appliqué avec conviction vraie ou factice.

Condamin (de Lyon), ayant eu l'occasion de donner des lavements de sérum à une malade atteinte de vomissements incoercibles dans le but de remonter l'état général a été surpris de voir les vomissements s'arrêter aussitôt.

Cette médication employée de parti pris lui a réussi dans 8 cas.

Engelmann (*Centralblatt*, 1886, n° 25) guérit une III-pare, au troisième mois de sa grossesse, chez qui on avait essayé tous les traitements possibles, sans succès, y compris les caudérisations du col, et chez qui l'avortement allait être décidé, en lui faisant ingérer trois fois par jour dix gouttes d'une solution de cocaïne à 10 o/o. Il obtint dans la suite à deux reprises différentes des résultats aussi remarquables.

Des faits semblables ont été signalés par Weis et Holz (Note de Engelmann).

Léon (*Revue Espagnole*, 1886) guérit par des lavements de chloral, une femme atteinte de vomissements graves, et chez qui il avait essayé sans succès de provoquer l'avortement.

Lewis (*Med., Record*, 26 mars 1887) insiste sur les avantages qu'il a retirés d'injection de morphine dans ces cas.

Busey (Soc. Obst., de Gynéc. de Washington, 4 déc. 1885) cite le cas d'une femme enceinte dont les vomissements s'arrêtèrent par influence morale et crainte des remèdes.

II. — Action de la persuasion

Les vomissements s'arrêtent chez des femmes qu'*on persuade n'être pas enceintes* ou à qui on fait un simulacre d'avortement :

La malade de M. Potocki (obs. XI) a été guérie quand on lui a affirmé qu'elle n'était pas enceinte.

En 1886, à la Société de Gynécologie de Dresde, Chazan communique l'observation d'une femme IV-pare, au troisième mois de sa grossesse, atteinte de vomissements incoercibles. On parvenait à arrêter les vomissements en causant avec la malade et en fixant son attention sur un sujet pouvant l'intéresser. Il y avait ainsi des rémissions d'une heure ou deux. Un jour, il eut l'idée de donner un peu de chloroforme à cette femme. Les vomissements cessèrent immédiatement, et un peu plus tard, on apprit qu'elle croyait qu'une fois endormie, on l'avait débarrassée de l'œuf.

Le même résultat fut obtenu par M. Doléris qui affirma à la malade que sa grossesse ne pouvait évoluer et qu'elle s'interromprait d'elle-même (obs. IX).

III. — Action de l'isolement

Par l'isolement, même par la menace de l'isolement, on obtient des succès remarquables (V. nos observations et les observations de Klein).

Valeur des signes dits d'intoxication

Comme preuves de l'intoxication, on a insisté surtout sur :

La rapidité du pouls ;

Les modifications de l'urine ;

La cessation des accidents par l'expulsion du produit de conception.

I. — Signes tirés de l'examen des urines

Or, pour ce qui est des indications tirées de l'examen des urines, M. Fieux, au Congrès de Toulouse de 1910, remarquait que les signes sur lesquels on a voulu établir le diagnostic d'hépatotoxémie : diminution de la quantité des urines, diminution des chrorures et de l'urée, présence d'urobiline, de corps acétoniques sont secondaires à l'inanition (Au sujet de ces derniers, thèse de Mauban, 1905, travaux de Denigès).

Cette remarque est extrêmement juste et nous amène à comparer l'état d'une malade ne supportant aucune alimentation à l'état d'une personne normale, en dehors de l'état de maladie, soumise au jeûne à peu près absolu.

II. — La Tachycardie

A ce sujet, tous les traités de physiologie sont d'accord pour nous montrer un amaigrissement progressif, pouvant être de 40 o/o chez le chien, mais ne dépassant pas sans danger 25 à 30 o/o chez l'homme, une diminution des urines, des sels sécrétés, etc., la présence habituelle d'un peu d'albumine, d'indican, de corps acétoniques ; mais aucun ne parle de l'accélération du pouls, qui est constante cependant.

D'autre part, nos pouvons comparer les signes attribués à l'intoxication gravidique aux signes généraux observés dans les affections s'accompagnant de vomissements.

La plupart des auteurs qui décrivent les signes de sténose pylorique, intestinale, œsophagienne, insistent sur les signes d'inanition parmi lesquels ils comptent l'amaigrissement, la diminution des urines, des chlorures, de l'urée, l'urobilinurie, l'acétonurie, mais ils ne parlent pas des modifications du pouls qui, cependant, est un élément de pronostic important.

Nous avons pu constater, dans le service de M. Mathieu, cette accélération dans le cas de sténose serrée du tube digestif, et, en particulier, le dernier malade que nous avons examiné à ce sujet, porteur d'un cancer de l'œsophage, avait un pouls constamment voisin de 100-110.

L'état du pouls, dans ces affections, serait intéressant à étudier en série, car ses modifications ne sont pas constantes.

Cette accélération du pouls a été notée en certains cas, en particulier, voici ce que dit M. Mathieu au sujet des crises gastriques.

Crises gastriques (A. Mathieu, Bouchard et Brissaud, t. IV). — « Le pouls, au début, est plein, tendu ; lorsque les vomissements sont abondants et que la crise se prolonge, il devient petit et rapide. »

Ce qui semble bien prouver que cette accélération du pouls est en rapport avec l'état de déshydratation, c'est qu'elle se modifie par les injections de sérum artificiel.

Les malades atteintes de vomissements graves peuvent encore être comparées à des malades venant de faire une hémorragie abondante, chez qui le pouls s'accélère considérablement.

En cas de vomissements graves, il y a diminution de la quantité de sang circulant, anémie séreuse, puisque, de façon constante, on trouve de l'hyperglobulie. Les conditions deviennent donc celles de l'hémorragie.

La déshydratation, l'inanition sont-elles les seules causes de l'accélération du pouls ? Nous ne le croyons pas. La tachycardie n'est sans doute pas toujours en rapport avec l'état d'inanition.

Dernièrement appelé auprès d'une malade en état d'indigestion, les vomissements ayant débuté une

heure seulement auparavant, nous fûmes surpris de constater un pouls battant à 110. On pourrait nous objecter qu'il s'agissait peut-être d'une intoxication. Cependant, rien ne permit d'établir la réalité d'un empoisonnement. Aucune des personnes qui avaient pris le même repas ne fut incommodée, et la malade nous déclara seulement avoir mangé très vite.

Nous remarquerons encore, fait bien connu, que certaines femmes, après l'accouchement ou même à la suite d'un avortement, présentent, pour une hémorragie en réalité peu abondante, une tachycardie impressionnante, laquelle cède souvent d'elle-même.

L'émotivité intervient certainement dans de nombreux cas pour amener les accélérations du pouls, soit passagères (fait d'observation courante), soit plus ou moins durables.

Et pour ce qui est de la tachycardie dans le cas de vomissements incoercibles, il est probable que la déshydratation et la névrose interviennent toutes deux.

III. — Le Séro-diagnostic

De l'avis même de M. Fieux, il ne resterait donc en faveur de la théorie de l'intoxication que la présence d'antitoxines dans le sérum maternel, antitoxine constatée par la méthode de Bordet-Gengou. Mais, cette toxine existerait dans tous les cas de grossesse. Il faudrait donc bien admettre, puisque

toutes les femmes ne vomissent pas, l'intervention du terrain et sans nul doute du terrain névropathique.

Mais le séro-diagnostic de la grossesse est-il une preuve suffisante de l'intoxication ?

Cette réaction disparaît aussitôt après la mort du fœtus et Fieux et Mauriac ont pu, grâce à ce fait, établir le diagnostic entre des menaces d'avortement et un avortement effectué avec rétention de débris ovulaires vivants.

Nous ne comprenons pas que la toxine s'élimine avec une telle rapidité et puisqu'il s'agit d'une villotomie, que celle-ci ne soit plus produite par les villosités choriales continuant à vivre après l'avortement et qui, plus que jamais constituent un corps étranger pour l'organisme.

Valeur de la sérothérapie. — Quant au traitement par le sérum de femme enceinte normale, sa spécificité est douteuse, quand on s'aperçoit que la guérison a pu être obtenue par un sérum tout différent et on se demande si la sérothérapie n'a pas été qu'une forme du traitement psychothérapique.

Nous avons en effet obtenu un succès avec un sérum ayant bien peu de chances de contenir des antitoxines gravidiques, du sérum de mâle.

Nous avions été précédés dans cette voie, à notre insu par MM. Fieux et Dantin qui, en avril 1912, présentaient l'observation d'une malade guérie par injection de sérum de femme enceinte, mais chez qui

ils avaient obtenu quelques jours auparavant une légère amélioration au moyen d'une injection de sérum de son mari.

Une autre malade de M. Fieux eut une amélioration passagère à la suite de l'injection de 20 centimètres cubes de sérum de cheval.

Une autre fut guérie par deux injections de sérum de cheval.

Valeur de l'avortement curatif comme preuve d'intoxication. — Reste la question de la guérison par l'avortement. Cette guérison est très réelle, sauf dans les cas où on est intervenu *in extremis*, et nous ne chercherons pas à nier la supériorité de cette méthode, qui malheureusement est un pis aller. De l'avis de tout le monde, il faut tout employer avant de se déterminer à cette extrémité. Nous avons vu des femmes en état grave, guérir parfaitement, en conservant leur produit de conception et nous sommes persuadés qu'une bonne thérapeutique donnera très souvent ce même résultat.

Enfin, la cessation des accidents après l'avortement ne prouve nullement qu'il y ait eu intoxication.

L'origine du réflexe devenu habitude est supprimée.

Le produit de conceptiou qui peut-être était une cause de soucis, de préoccupations constantes est expulsé.

Certaines femmes, qui vomissent, désirent eertaine-

ment l'interruption de la grossssse. Kaltenbach mettait déjà en garde contre ce fait et nos observation IX, XI, XIII le prouvent.

Les vomissements incoercibles sont-ils spéciaux à la grossesse? — On a dit que les vomissements à type incoercible n'existaient que dans la grossesse. Or, ceci n'est pas exact, il est une forme de vomissements qu'on peut observer avec des caractères analogues à ceux des vomissements de la grossesse. Ces vomissements se voient surtout chez la femme, et, comme les vomissements de la grossesse, ils sont susceptibles de guérir par l'isolement.

En 1909, Grasset décrivait sous le nom de névropathie psychosplanchnique ou psychonévrose du vago-sympathique, une névropathie qui, par ses troubles psychiques, ses nausées, ses vomissements et sa tachycardie habituelle, rappelle d'assez près l'état des femmes enceintes (cité par M. Fieux).

D'autre part, les vomissements névropathiques à allure grave sont bien connus et ont été décrits à maintes reprises.

Chaque année, on traite, par l'isolement, 2 ou 3 cas de ce genre dans le service de M. Mathieu. Le tableau clinique est absolument celui des vomissements de la grossesse. Nous n'avons jamais vu de terminaison fatale dans ce type de vomissements, Mais le fait ne paraît pas impossible cependant.

CONCLUSION

La grande variété des traitements employés avec succès contre les vomissements incoercibles de la grossesse, le fait que certaines femmes ont pu être immédiatement guéries en apprenant qu'elles n'étaient pas enceintes ou que leur grossesse n'évoluerait pas, le fait que des femmes vomissent en se croyant enceintes à tort, est une preuve évidente de l'existence de vomissements névropathiques de la grossesse.

OBJECTIONS

Cependant, des objections peuvent être posées à la généralisation de la théorie nerveuse.

Certaines femmes, atteintes de vomissements graves de la grossesse, continuent à vomir, le premier temps de l'avortement étant fait, et les vomissements peuvent cesser seulement après le curettage.

Un autre cas est bien connu, c'est celui d'une malade pour qui Varnier fut appelé en province. D'accord avec le médecin traitant, il provoqua l'avortement.

Or, l'avortement ne supprima pas les vomissements, et Varnier fut appelé à nouveau. Il examina avec grand soin sa malade, pensant qu'il s'agissait peut-être de tabes, de tumeur cérébrale, quand il constata

que l'utérus était resté gros. L'utérus était encore gravide, il s'agissait d'une grossesse gémellaire, et un seul des œufs avait été évacué. Le second œuf enlevé, tout rentra immédiatement dans l'ordre, et la malade guérit parfaitement.

D'autre part, il ne suffit pas toujours de faire le simulacre de l'avortement, et de persuader la malade qu'elle est débarrassée de son produit de conception pour arrêter les vomissements.

A la Société d'Obstétrique du 10 janvier 1910, M. Bouffe de Saint-Blaise, rapporta qu'il avait eu à soigner la sœur de la malade de M. Potocki (obs.XI). Cette malade était une grande nerveuse. Il essaya de la suggestionner en simulant une dilatation de l'utérus. Malgré tout, l'état empira, les vomissements prirent l'odeur acétonique, le pouls augmenta de fréquence, monta à 116. Après avoir pris conseil de M. Pinard, il pratiqua l'avortement et obtint la guérison.

Ces faits, très intéressants, semblent prouver la part que prend, dans la genèse des accidents, l'état de distension de l'utérus, origine du réflexe, mais ils ne permettent pas d'affirmer l'intoxication.

Reste un autre fait important, c'est la névrite qui peut venir compliquer les vomissements et qui peut survivre même à l'avortement provoqué. Comment expliquer cette névrite autrement que par l'intoxication.

Des cas analogues de névrite existent comme complications d'affections gastriques n'ayant aucun

rapport avec la grossesse. Klippel et Weil les ont signalés cette année encore. M. Mathieu en a observé au cours de sténoses pyloriques et intestinales, et leur pathogénie, de même que la tétanie est discutée, les uns en faisant une conséquence d'une intoxication, les autres une conséquence de la déshydratation des tissus.

Tous les vomissements de la grossesse sont-ils d'ordre névropathique et doit-on négliger entièrement la possibilité de vomissements réflexes ? Nous ne le croyons pas.

Il semble que l'origine réflexe de certains vomissements de la grossesse soit absolument indéniable. La muqueuse utérine est certainement un centre réflexogène remarquable. Mais cette muqueuse est très différemment sensible suivant les femmes. S'il est possible chez certaines de faire des cautérisations intra-utérines sans que la patiente paraisse souffrir le moins du monde, et sans qu'elle ressente le moindre malaise, chez d'autres le simple passage de l'hystéromètre, ou du porte tampon intra-utérin peut amener des phénomènes réactionnels graves : douleurs, contractions utérines, état nauséeux, vomissements, quelquefois syncope. Nous avons tous vu de ces femmes venues à une consultation de gynécologie pour être examinées et qu'il faut garder plusieurs heures à l'hôpital, quelquefois une journée entière tant ces phénomènes réactionnels peuvent être violents.

Bien plus, certaines femmes ont, au moment des

règles, pendant deux ou trois jours, des vomissements analogues aux vomissements bénins de la grossesse.

Tous ces faits semblent prouver que certains vomissements des femmes enceintes sont d'origine réflexe. Les vomissements bénins répondent sans doute à ce type. Puis, le vomissement deviendra une véritable habitude ; on passera aux vomissements graves qui paraissent surtout entretenus par l'état névropathique.

Dans le numéro de *Paris médical* du 13 avril 1889, Lamy a signalé des vomissements utérins se rapportant à l'établissement de la puberté, à la menstruation, aux rapports sexuels, à la ménopause.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Moutier.)

Guérison par l'isolement seul

Mme G..., âgée de vingt-six ans, sans profession, entre dans le service de M. Mathieu, le 7 mai 1897, pour des vomissements répétés.

Les parents sont bien portants.

Elle-même n'a pas eu de maladie grave ; elle accuse seulement des migraines fréquentes. Elle est très impressionnable, rit et pleure facilement, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Pas d'éthylisme.

Réglée à seize ans, toujours très régulièrement, elle est mariée depuis sept mois et n'a pas eu ses règles depuis deux mois.

Les vomissements, dont elle se plaint, ont débuté il y a quinze jours sans cause appréciable, sans maladie préalable, sans troubles digestifs antérieurs. Ils surviennent à chaque instant, jour et nuit, si bien que la malade ne peut conserver aucune espèce d'aliments. Ils sont précédés de sensations très pénibles (nausées, constrictions épigastriques doulou-

reuses) qui, d'ailleurs, ne disparaissent jamais complètement. Ils ont persisté malgré l'application de deux vésicatoires sur la région épigastrique.

A son entrée à l'hôpital, la malade, qui a vomi une quinzaine de fois depuis la veille, a les yeux un peu excavés, les pommettes rosées. Elle ne présente pas d'élévation thermique ; le pouls, un peu accéléré, est à 105 ; les urines sont rares, non albumineuses.

La langue est sèche et pâteuse, les selles sont normales ; il n'y a rien au cœur ni au poumon.

Au toucher vaginal, l'utérus, un peu gros, semble présenter un col très légèrement ramolli.

L'examen de la sensibilité révèle un point mammaire douloureux à droite et une hémianesthésie gauche.

Le traitement institué est le suivant : isolement, repos absolu au lit, lait par petites prises répétées, eau chloroformée après chaque prise de lait.

Au bout de trois jours, la malade ne vomit plus qu'une fois, le matin ; elle rend seulement quelques grumeaux de lait mêlés à des mucosités et à de la bile. Elle arrive à prendre un litre de lait dans les vingt-quatre heures, mais elle n'urine pas encore beaucoup.

12 mai. — Le quatrième jour, elle a uriné un litre ; le vomissement du matin s'est reproduit ; on lui prescrit de l'eau mentholée.

Les jours suivants, malgré la persistance du vomissement, la malade prend une quantité plus grande de lait, elle urine davantage. Finalement, on cesse le régime lacté absolu.

24 mai. — Seize jours après son entrée à l'hôpital, la

malade se met à vomir de nouveau. On lui donne de la glace à sucer, on électrise la région épigastrique.

Le lendemain, 25 mai, les violents efforts de vomissements sont calmés ; la malade est moins fatiguée, mais elle vomit, au moins à trois reprises, une partie des aliments ingérés. La quantité d'urine émise baisse et tombe à 1/2 litre. Elle se relève d'ailleurs, les jours suivants, en même temps que les vomissements deviennent plus rares.

31 mai. — Ceux-ci paraissent plus abondants et plus fréquents, mais cette reprise des accidents semble liée à la frayeur qu'a eue la malade de l'état d'une de ses voisines.

Ils se calment d'ailleurs très rapidement, et la malade sort de l'hôpital en excellent état, le 3 juin, moins d'un mois après son entrée.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Moutier.)

Guérison par l'isolement

Mme L..., âgée de trente-deux ans, domestique, entre à l'hôpital Andral, le 8 septembre 1899, dans le service de M. Mathieu.

On ne relève pas d'antécédents morbides notables héréditaires, ni personnels. Réglée à dix-huit ans, toujours régulièrement, elle n'a pas vu ses règles depuis trois mois environ, et c'est depuis ce moment qu'elle accuse des phénomènes dyspeptiques.

Pendant un mois, ces phénomènes se bornent à des

douleurs vagues, des nausées peu intenses, sans relations avec les repas, sans diminution de l'appétit. Puis, les vomissements apparaissent. Pendant quinze jours, il s'agit seulement de vomissements bilieux, non alimentaires survenant sans nausées, sans efforts à trois ou quatre reprises dans la journée. Depuis six semaines, les vomissements sont alimentaires ; la malade rejette tout ce qu'elle ingère, immédiatement et presque sans nausées.

L'appétit est légèrement diminué, les douleurs gastriques du début persistent, mais ne s'accentuent pas. L'amaigrissement, au contraire, progresse rapidement, et la malade, qui a perdu 12 à 13 kilos en six semaines, se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment, elle paraît très amaigrie, mais nullement cachectique ; elle est apyrétique avec urines rares, non albumineuses. La langue est bonne, la paroi abdominale se présente avec sa tension habituelle sans sensibilité marquée au niveau de la région épigastrique. Les selles sont normales et assez régulières.

La malade est très émotive, mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs ; on note la perte des réflexes cornéen et pharyngé ; aucun symptôme d'éthylisme.

Le toucher vaginal ne révèle rien de très net ; on admet, cependant, qu'il s'agit de vomissements d'ordre nerveux chez une femme enceinte.

Celle-ci est isolée, maintenue au lit et au régime lacté exclusif; on donne, en outre, de l'eau chloroformée. Les vomissements persistent pendant deux jours, mais ils semblent ne représenter qu'une partie du lait ingéré. Les urines se maintiennent à 800 ou 900 grammes. Au bout de

trois jours, les vomissements s'arrêtent définitivement ; au bout de huit jours, on peut donner un régime moins sévère, approprié seulement aux troubles dyspeptiques persistants.

La malade sort, après six semaines de séjour à l'hôpital. A ce moment, le toucher vaginal permet de constater un utérus gros avec col mou.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr Moutier.)

Guérison par l'isolement

Mme D..., ménagère de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Andral le 4 juillet 1904. La grossesse daterait de deux mois et demi environ ; les dernières règles étaient du 26 avril. La malade vomit depuis une quinzaine de jours. Du côté des parents, peu de choses à noter, si ce n'est le nervosisme accusé du père et des trois sœurs, dont l'une a même des crises avec perte de connaissance. Les antécédents personnels sont peu chargés. La malade fut anémique aux environs de la vingt-deuxième année. Elle est mariée depuis six mois et déclare n'avoir jamais fait de fausse couche.

Les premiers malaises remontent approximativement à un mois : maux de tête, douleurs musculaires, fatigue au réveil, étourdissements. De l'anorexie survient, enfin, apparaissent les vomissements. Leur fréquence est extrême ; ils se répètent toutes les quinze ou trente minutes, jour et nuit, empêchant le sommeil. Au début, ce sont des vomissements alimentaires ; ils sont rapidement exclusivement glaireux, la malade cessant de manger. Elle peut absorber, cependant,

dit-elle, un peu de bouillon qui est gardé. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, léger écoulement rougeâtre, ne ressemblant en rien, dit la malade, aux règles ordinaires. Elle accuse, d'ailleurs, des modifications dans le volume, la consistance des seins.

L'examen somatique détaillé permet de mettre en évidence de l'hypoesthésie à droite, de l'anesthésie complète de la cornée, de la diminution du réflexe pharyngé.

L'amaigrissement est notable, la constipation opiniâtre. Le pouls bat entre 100 et 110. On admet qu'il s'agit d'une grande névropathe, affaiblie par la privation des aliments et du sommeil, qui a profité de sa grossesse pour faire des vomissement nerveux, et on la traite comme telle.

Les vomissements s'espacent dès le début de l'isolement; on en compte un seulement par jour pendant quarante-huit heures. Ils cessent définitivement dès le troisième jour. La malade avait été mise au régime lacté et à l'eau chloroformée. Le léger suintement sanguin, roussâtre persista trois jours environ, toujours différent des écoulements menstruels ordinaires. La malade quitta l'hôpital le 14 juillet; elle suivait, à ce moment, le régime des convalescents.

Son pouls était à 80.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Moutier.)

Guérison par l'isolement.

Une primipare de vingt-trois ans, nommée Ter... entre à l'hôpital au cours du cinquième mois de sa grossesse. Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucun

intérêt, si ce n'est que, depuis deux ou trois ans, il existait un faible degré de dyspepsie sensitivo-motrice. La malade mangeait vite, mâchait mal, et ressentait quelques douleurs immédiatement après le repas. Entrée à l'hôpital le 17 janvier, la malade vomit depuis le 9. Les vomissements surviennent chaque fois que la malade prend le lait qu'elle absorbe exclusivement depuis quelque temps.

Ce vomissement se fait en plusieurs fois, avec des efforts prolongés ; on y trouve du lait caillé et de la bile. La malade a naturellement maigri ; elle est arrivée à ne plus vouloir avaler qu'un potage par jour. Cette inanition a déterminé, en quelques jours, une perte de 7 ou 8 livres environ. Les vomissements sont absolument indolores et même une sensation pénible de pesanteur gastrique consécutive à tout essai d'alimentation disparaît immédiatement après l'évacuation du contenu gastrique. La malade, constipée d'ordinaire, a des selles peu abondantes mais quotidiennes.

Le pouls rapide, entre 90 et 100, est hypotendu.

Elle présente les signes de certitude de la grossesse : le fond de l'utérus est à l'ombilic, le ballottement fœtal, les bruits du cœur sont perceptibles, les mouvements actifs ont été sentis. Il existe des modifications caractéristiques du côté des seins.

La malade a été immédiatement isolée, réduite à l'oisiveté la plus stricte. Le lait, les potages, les purées ont été vomis en totalité et sitôt ingérés, pendant les quatre premiers jours ; dès le cinquième jour se dessine une notable amélioration qui va s'accentuant les jours suivants. Quand la malade quitte l'hôpital, sur sa demande, au bout d'une quinzaine de jours, les vomissements ont presque complètement disparu et elle a notablement regagné en poids.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Moutier.)

Guérison par l'isolement et l'électricité

Le 11 novembre 1904, entre à l'hôpital Andral une jeune fille de dix-sept ans. Les dernières règles datent du mois d'août. Elle vomit depuis quelques jours seulement.

Ses antécédents sont lourdement chargés, et cette malade est loin d'être une inconnue pour le service. Ses parents souffrent de l'estomac; elle-même est une grande nerveuse, elle pleure et rit facilement, se trouve mal; depuis plus d'un an elle souffre de l'estomac. Immédiatement après les repas, elle éprouve des brûlures au creux épigastrique, du pyrosis, de la strangulation, du ballonnement, des sensations de striction œsophagienne.

Une constipation forte lui est habituelle. Le ventre était douloureux au palper. Elle a largement abusé des médicaments variés; et peu à peu s'est trouvée amenée à réduire son alimentation (depuis janvier 1904). En octobre, elle a déjà séjourné à Andral; elle ne vomissait pas à ce moment, mais présentait seulement les phénomènes dyspeptiques énumérés ci-dessus. Elle avait néanmoins perdu 2 kgr. 500, disait-elle, en l'espace d'une semaine. Isolée aussitôt, elle regagnait le poids perdu, et sortait après un mois de régime, d'abord de lait strict, puis de lait, potage et œufs.

Presque immédiatement après cet exéat, les vomissements commençaient et la malade revenait à l'hôpital ainsi que nous le disions au début de cette observation.

Les symptômes observés à ce moment sont une anorexie presque totale, de l'amaigrissement, une constipation à nouveau opiniâtre, de l'insomnie (la malade ne se couche même pas) et des vomissements. Ces derniers se produisent aussitôt après le repas ; ils sont précédés d'efforts douloureux, de striction à la gorge. Une sédation complète leur est consécutive. Ils déterminent, d'ailleurs, le rejet complet de tous les aliments ingérés ; ils se font en deux ou trois reprises, espacés de cinq à dix minutes.

La malade est isolée et mise avec apparat aux pillules de Taraxacum dens leonis. Néanmoins, la malade continue à vomir et perd 600 grammes en dix jours. Sortie pendant trois jours, sur sa demande, elle est de nouveau traitée et isolée à dater du 21 novembre. Le poids augmente alors régulièrement, et bientôt (12 décembre), sous l'influence de l'isolement rigoureux et du désœuvrement auxquels sont adjointes deux séances de faradisation quotidienne de l'épigastre, les vomissements disparaissent.

13 janvier. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Marre.)

Isolement. — Électricité

Mme B..., âgée de trente-deux ans, ménagère, entre le 21 juillet 1908, dans le service de M. Mathieu pour une intolérable gastrique absolue.

Elle a eu à l'âge de vingt-trois ans une première grossesse,

au début de laquelle elle a présenté une courte période de vomissements d'une durée de quinze jours environ.

A vingt-cinq ans, deuxième grossesse au cours de laquelle ont apparu des accidents diarrhéiques assez intenses, mais de courte durée. Depuis cette deuxième grossesse, troubles dyspeptiques vagues survenant après le repas: oppression, ballonnement du ventre, tendance syncopale; pas de vomissements. Ces accidents seraient devenus plus marqués à la suite d'une pleurésie à l'âge de vingt-neuf ans.

La malade, bien réglée d'ordinaire, n'a pas eu ses règles depuis deux mois : elle se croit enceinte.

Les accidents actuels ont débuté brusquement, il y a trois semaines, par des nausées auxquelles ont bientôt fait suite des vomissements. Très rapidement la malade se met bientôt à vomir tout ce qu'elle prend, immédiatement après l'ingestion. Elle ne tolère même pas une cuillerée de champagne. Elle ne ressent, d'ailleurs, aucune douleur sauf quelques tiraillements dans la région épigastrique.

L'appétit est diminué; les selles sont peu abondantes et ne sont obtenues que par des lavements.

La malade a été mise chez elle à une diète buccale presque complète et aux lavements alimentaires. Mais son état s'aggravant, on l'envoie à l'hôpital.

Au moment de son entrée le 21 juillet, elle paraît considérablement amaigrie et déshydratée: la face est tirée, les yeux sont excavés, la peau, sans aucune élasticité conserve les plis qu'on lui imprime; les masses musculaires sont très réduites. Il existe un léger *ictère* conjonctival et cutané, qui est apparu depuis quatre jours et qui s'accompagne de la présence de pigments bilaires normaux dans les urines.

L'affaiblissement est extrême au point que la malade ne peut soulever sa tête ni se retourner dans son lit. Depuis la veille elle n'a cessé de vomir, rendant, avec les petites quantités de liquide absorbées de temps à autres, des mucosités abondantes.

Au niveau de l'abdomen, on constate des mouvements péristaltiques très nets, apparaissant spontanément dans les régions ombilicale et sous-ombilicale tandis que les flancs sont affaissés. Il n'existe, par contre aucune zone douloureuse. Au toucher vaginal, le col semble un peu mou, l'utérus un peu gros : la grossesse semble probable.

La température est à peine à 37 degrés, le pouls à 100, très petit, les urines sont rares, foncées, non albumineuses, elles renferment des pigments bilaires et de l'indican.

En somme, l'état de la malade est très alarmant, et malgré les probabilités de grossesse, on hésite, un moment avant, d'éliminer le diagnostic d'occlusion intestinale. On s'arrête pourtant à l'hypothèse de vomissements incoercibles d'origine gravidique chez une névropathe, et on institue le traitement psychothérapique.

La malade, très nerveuse, est isolée malgré ses protestations, mise à la diète buccale absolue, aux lavements alimentaires et aux injections sous-cutanées de sérum artificiel. On tâche de lui suggérer qu'elle n'a aucune raison de vomir. Elle est maintenue ainsi pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on essaie de lui donner quelques cuillerées d'eau et de champagne qui sont immédiatement rejetées ; on a même de la peine à lui faire conserver les lavements alimentaires.

24 juillet. — On ajoute au traitement précédent l'électri-

sation de la région épigastrique pratiquée immédiatement après l'absorption d'une petite quantité de liquide, mais les vomissements se produisent encore, et c'est seulement le 26 juillet qu'ils paraissent devenir moins constants. En même temps, la diarrhée survient, l'ictère diminue.

A partir de ce moment, la malade accepte la possibilité de ne plus vomir, on essaie de la réalimenter et on diminue la rigueur de l'isolement. La réalimentation est laborieuse, entravée de temps à autre par des vomissements.

Malgré tout, la malade se remonte peu à peu, et, le 24 août, quatre ou cinq semaines après son arrivée à l'hôpital, elle peut rentrer chez elle.

Dans la suite, la grossesse évolue normalement.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Marre.)

Isolement. — Bleu de méthylène

Mme C..., âgée de vingt-deux ans, entre, le 24 janvier 1909, dans le service de M. Mathieu pour des vomissements qui se répètent depuis une quinzaine de jours.

On relève dans ses antécédents des troubles dyspeptiques vagues et très anciens, avec, de temps à autre, des crises douloureuses et des vomissements.

Elle est, en outre, extrêmement nerveuse, très impressionnable, elle pleure facilement et accuse souvent une sensation de « boule qui monte à la gorge ».

D'ordinaire bien réglée ; elle est mariée depuis peu de temps et n'a pas eu ses règles depuis deux mois.

Pas de grossesse antérieure.

Depuis une quinzaine de jours, elle présente des vomissements alimentaires qui, d'abord rares et espacés sont devenus peu à peu beaucoup plus fréquents. Elle arrive ainsi à vomir tout ce qu'elle prend, solides et liquides ; elle garde le lit et s'inquiète beaucoup de son état.

25 janvier. — Jour du premier examen, la malade paraît déprimée, fatiguée, découragée ; mais elle ne semble pas sensiblement amaigrie. Elle accuse une sensibilité épigastrique assez vive. On l'isole dans un coin de la salle commune entre des rideaux ; on supprime visites et correspondances ; on lui recommande de prendre dans la journée 1 litre de lait homogénéisé, rendu incoagulable en masse en lui ajoutant 10 grammes de bicarbonate de soude. On a soin de souligner devant la malade, et sans s'adresser à elle d'ailleurs, les propriétés de ce lait. Contre les douleurs gastriques on prescrit 3 centigrammes de dionine et des applications de collodion au bleu de méthylène sur la région douloureuse.

On institue, en somme, un traitement psychothérapique (isolement et suggestion).

Le lendemain, 26 janvier, les vomissements ont persisté, mais la sensibilité épigastrique est moins vive ; la malade se trouve moins mal, elle attribue cette amélioration légère aux applications de bleu de méthylène et semble reprendre confiance, On continue le même traitement.

Au bout de quarante-huit heures, le 27 janvier, la malade n'éprouve plus aucune douleur, elle prend 1 l. 1/2 de lait et ne vomit pas. Au bout de trois jours elle demande à manger et sort au bout de cinq jours entièrement rétablie.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Doléris.)

Isolement, chloral

Mme L..., âgée de trente ans, entre le 21 octobre 1908 dans le service de M. Doléris à la Maternité de Saint-Antoine pour des vomissements qui se répètent depuis trois semaines. Elle est enceinte de deux mois et demi environ et n'a pas eu d'autre grossesse.

On ne relève aucun antécédent notable, héréditaire ou personnel ; c'est une femme nerveuse qui rit et pleure facilement.

21 octobre. — Jour de son entrée à l'hôpital, elle présente une teinte subictérique généralisée, elle est très déprimée. La peau est sèche, déshydratée.

La température est à 37°4, le pouls à 120 ; les urines sont peu abondantes (500 grammes environ) foncées et ne renferment pas d'albumine. Le foie est légèrement augmenté de volume. Les vomissements surviennent constamment, à la suite de la moindre absorption de liquides ; ils sontlégèrement verdâtres. On prescrit 0 gr. 01 de morphine et un grand lavement qui est rendu sans avoir produit d'effet marqué.

Les jours suivants : 22, 23, 24, 25 octobre, la situation ne se modifie guère, la malade tend même à s'affaiblir d'avantage.

On continue la morphine et les lavements, on injecte 500 grammes de sérum, on fait des affusions tièdes ; on lui

donne enfin de l'eau de sedlitz jusqu'à conservation de l'eau ingérée et on fait absorber 4 grammes de chloral par voie rectale. Sous l'influence de la superpurgation et des lavements ; la malade a plusieurs selles abondantes et fétides.

26 octobre. — Cinq jours après son entrée, elle commence à tolérer un peu d'eau ; les vomissements s'espacent. On continue le sérum, les lavements et le chloral.

A partir du 27 octobre, les vomissements cessent complètement, les selles sont régulières, la teinte subictérique disparaît progressivement ; les urines sont plus abondantes. On commence la réalimentation.

1er novembre. — On cesse toute médication, et la malade sort le 20 novembre en très bon état.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Doléris.)

Guérison par l'affirmation de M. Doléris que la grossesse n'ira pas à terme

Mme P... entre, le 1er mars 1909, à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Doléris, pour des vomissements incoercibles. Elle est enceinte de trois mois environ.

Pas d'antécédents héréditaires à noter en dehors de troubles dyspeptiques anciens et très marqués chez sa mère.

La malade a été réglée à treize ans irrégulièrement au début, assez régulièrement ensuite. Elle éprouve généralement le premier jour des règles des coliques violentes souvent accompagnées de vomissements. Elle est d'un

caractère très impressionnable, mais n'a jamais eu de signes d'affection nerveuse.

Première grossesse en 1907. Six semaines après le début de cette grossesse, des vomissements surviennent, assez intenses et assez persistants pour amener le médecin à pratiquer l'avortement au bout de trois semaines d'un traitement inefficace. La malade est restée très fortement impressionnée par cet événement.

Les accidents actuels remontent à deux mois environ. La malade n'a pas eu ses règles depuis le 27 novembre 1908. Le premier mois de la grossesse s'est écoulé sans incident ; mais, depuis le commencement de janvier, la malade s'est mise à vomir sans cause apparente tous les trois ou quatre jours. Elle est restée dans cet état pendant un mois et demi, jusque vers le milieu de février. A cette époque, elle a présenté, pendant vingt-quatre heures, des vomissements répétés qui ont cédé à la suite d'une injection vaginale très chaude. Rapidement, les vomissements reparaissent, se rapprochent et finisssent par devenir vraiment incoercibles. La malade, ne pouvant plus s'alimenter, se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 1er mars 1909, elle est dans un état d'excitation extrême : elle se tourne et se retourne dans son lit, parle sans cesse, se plaint d'une sensation de barre au creux épigastrique, rappelle à ceux qui l'entourent les accidents de sa première grossesse et leur heureuse terminaison à la suite de l'avortement. Elle ne semble pas très amaigrie, son ventre est souple, sensible seulement au niveau du creux épigastrique. Le foie et la rate sont normaux. La température est à 38 degrés, le pouls, bien frappé à 90 ; la respiration est assez rapide. Les urines sont rares (1/2 litre environ en

vingt-quatre heures) elles contiennent de l'albumine en quantité notable (1 gr. 50 par litre). La peau est sèche, la soif assez vive.

On la met à la diéte hydrique ; on injecte 250 grammes de serum sous la peau ; on donne de l'eau de sedlitz jusqu'à conservation, et des lavements évacuateurs qui ne ramènent rien. On applique de la glace sur le creux épigastrique ; on donne du chloral par la bouche et par le rectum ; mais on n'arrive à calmer les vomissements qu'en faisant une injection sous-cutanée de morphine (1/2 centigr.)

Les jours suivants 2. 3. 4 mars, les vomissements persistent, la température tombe à la normale, mais le pouls s'accélère et l'état général ne se modifie guère ; on continue le même traitement ; on essaie le citrate de soude, le tout sans succès.

Le 5 mars, au moment de la visite, la malade est plus agitée. M. Doléris apprenant qu'elle est très ennuyée de sa grossesse, lui affirme catégoriquement et avec une certaine mise en scène que cette grossesse n'ira pas à terme.

Dès le lendemain, 6 mars, les vomissements diminuent, la malade peut prendre un peu d'eau, les urines sont un peu plus abondantes. Les jours suivants, l'amélioration s'accentue; on commence la réalimentation et on cesse tout traitement.

Le 11 mars, la malade quitte l'hôpital en très bon état.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Doléris.)

Guérison par l'isolement et l'affirmation de la guérison

Malade de vingt ans, entrée le 5 juin 1909.

Primipare, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le cinquième mois de sa grossesse, pour vomissements incoercibles.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, mère très nerveuse.

Antécédents collatéraux. — Une sœur de quatorze ans, présentant des crises nerveuses depuis l'âge de sept ans.

Un frère de vingt-deux ans, ayant présenté, lui aussi, des crises nerveuses, mais moins fréquentes que sa jeune sœur.

Antécédents personnels. — Rougeole vers l'âge de sept ans.

Réglée à quatorze ans. Réglée normalement depuis.

Pas d'autres maladies.

Elle affirme être ordinairement très peu nerveuse et « plutôt molle », mais elle a un caractère des plus changeants et passe facilement du rire aux larmes. Elle présente des zones d'hyperesthésie très marquées et variables d'un moment à l'autre.

Mariée le 2 janvier, elle a eu ses dernières règles du 8 au 15 janvier.

Les vomissements débutent huit ou dix jours après ses règles. Ils commencent sans cause occasionnelle apparente. D'abord peu abondants et espacés, ils deviennent de plus en

plus fréquents, et, en fin février, elle vomit tout ce qu'elle prend.

Et cette situation continue pendant le mois de mars.

Il y a une accalmie du 25 mars au 11 avril, la famille la croit guérie, quand un incident se produit. Des voisines se chicanent, elle veut prendre part à la discussion, et, devenant troisième larron, elle est insultée, bousculée, jetée à terre, frappée. Très émotionnée, elle rentre chez elle, s'alite, passe deux nuits sans dormir en proie à de perpétuels cauchemars. Elle reste quatre jours sans manger, « la gorge contractée, ne permettant pas le passage des aliments ». Enfin, elle recommence à s'alimenter, mais recommence aussi à vomir. Tant et si bien qu'à bout de forces elle vient à l'hopital le 5 mai 1909.

5 mai. — Malade très amaigrie. Pouls 86.

Traitement. — Repos au lit.

Un lavement.

Une purgation à l'eau de Sedlitz.

Glace à sucer.

6 mai. — Elle a dormi toute la nuit sans incident, mais les vomissements recommencent après qu'on lui eut fait prendre un verre d'eau de Sedlitz.

Elle reçoit un grand lavement, puis un lavement avec 4 grammes de chloral, de l'eau comme boisson.

Les vomissements continuent.

7 mai. — Même traitement.

Elle conserve un verre de lait.

Elle a uriné 3/4 de litre en vingt-quatre heures. Pouls 84-88. Température 37-37°2.

8 mai. — Les vomissements sont un peu moins fréquents. Pouls 98, température 37.

9 mai. — Les vomissements sont plus fréquents que la veille, deux présentent quelques stries sanglantes.

Elle reçoit un lavement purgatif qui provoque trois selles abondantes, un lavement avec 4 grammes de chloral. On lui fait respirer de l'oxygène. Urines 1/2 litre. Pouls 100-102. Température 37 degrés.

10 mai. — Elle est vue pour la première fois par M. Doléris, qui, après l'avoir longuement examinée, lui affirme qu'elle est guérie et qu'elle peut prendre ce qu'elle voudra comme alimentation.

A midi, elle prend deux œufs avec du pain.

Le soir, un potage et des choux-fleurs. Elle ne vomit pas.

11 mai. — Un léger vomissement au réveil.

A midi, elle prend des côtelettes, des nouilles.

Le soir, un potage, un œuf, du rosbif, de la purée, du fromage.

Elle ne vomit pas.

12, 13 et 14 mai. — Elle continue à s'alimenter copieusement, n'a pas de vomissements pendant la journée, mais toujours un vomissement glaireux le matin.

Elle rentre chez elle en parfaite santé le 15.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. Potocki.)

Guérison par affirmation que le diagnostic de grossesse est erroné

Une infirmière de vingt-quatre ans entre à la Maternité de la Pitié, en juillet 1909 pour des vomissements à type grave.

Elle est enceinte pour la deuxième fois. Lors de sa première grossesse qui remonte à 1907, elle a fait, à partir du deuxième mois, des vomissements incoercibles, pour lesquels elle est entrée dans le service de M. Rénon. Ces vomissements résistant à tout traitement, M. Rénon dut la faire passer dans le service de M. Lepage où on provoqua l'avortement au commencement du troisième mois.

Grossesse actuelle.

Dernières règles le 29 avril.

Les vomissements commencent environ un mois plus tard, quelques jours après la constatation de l'absence des règles. Elle vomit pendant tout le mois de juin. Mais, en juillet, ses vomissements prennent une allure de plus en plus sérieuse. Elle ne supporte aucune alimentation, même liquide, elle a maigri de façon considérable, elle est pâle, amaigrie, se sent incapable du moindre effort.

Ne pouvant continuer son service d'infirmière, elle vient à la Pitié et entre d'abord en médecine. On la passe ensuite à la Maternité où elle commence par réclamer l'avortement.

L'examen montra que le pouls oscillait entre 120 et 170. La température était à 37°4. La malade était très excitée, facilement loquace, les yeux légèrement saillants. Il existait un amaigrissement notable, un léger subictère, de la salivation. Mais pas de fétidité de l'haleine ni d'ulcérations buccales. Les urines étaient relativent abondantes, de qualité normale (sans pigments biliaires). La tension artérielle donnait 15 au Potain, la respiration était de 16 à la minute. Les réflexes normaux. Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. Le signe d'Argyll négatif. On ne trouve aucun des signes de

tabès constatés récemment par M. Dufour dans des cas de vomissements graves.

En l'examinant, on apprend qu'elle est très ennuyée de se trouver enceinte. M. Potocki profite de cette circonstance pour affirmer à la malade que le diagnostic de grossesse porté jusque-là est erroné, et qu'il s'agit en réalité d'un kyste qu'il va falloir opérer, peut-être même d'urgence si les vomissements continuent. Mais, il a soin d'ajouter que l'opération serait beaucoup moins grave si l'état général était meilleur et que pour cela il était nécessaire qu'elle s'alimentât.

Elle éprouve une joie intense en apprenant qu'elle n'est pas enceinte. Les vomissements cessent le jour même, elle s'alimente. Le pouls tombe à 100. On remet l'opération du kyste à quelques mois plus tard. Elle reprend son service d'infirmière.

Un peu plus tard, elle revient à la consultation, elle est enceinte alors de cinq mois et demi. Elle vient parce qu'elle prouve la sensation de sentir remuer dans son ventre. Mais on lui affirme qu'il en est toujours ainsi dans certains kystes.

Enfin, elle revient, furieuse vers la fin du septième mois de sa grossesse, car, même pour un profane le doute n'est pas possible.

M. Potocki bravant alors son courroux lui affirme que tout va bien et... qu'elle accouchera dans un mois environ.

Elle vint en effet accoucher le 1er janvier 1910 d'un enfant vivant et parfaitement constitué, et affirma être très contente alors d'être mère.

M. Potocki ajoutait que pendant toute sa grossesse, cette femme avait eu un pouls oscillant entre 92 et 100, et disait

qu'à son avis il fallait tenir compte de la rapidité normale habituelle du pouls avant de se servir de ce signe pour formuler un pronostic.

OBSERVATION XII

Guérison par le seul isolement

Mlle J..., trente-deux ans, entre à la Maternité de la Pitié, le 29 avril 1912.

Sa grossesse actuelle est la troisième, la première s'est terminée par l'accouchement normal à terme, la deuxième par un avortement à trois mois.

Elle a eu ses dernières règles du 17 au 19 février et les vomissements sont apparus à partir du 15 mars, c'est-à-dire à partir du moment où, ne voyant pas ses règles, elle a pensé pouvoir être enceinte.

Ses vomissements ont augmenté rapidement de fréquence et d'abondance. Vers le 15 avril, l'état devenant alarmant, on a dû faire appeler un médecin, qui a employé sans le moindre succès divers médicaments et en particulier la potion de Rivière.

Finalement il envoie la malade à l'hôpital et dans une lettre cachetée remise à la malade, il déclare à M. Potocki que l'interruption de la grossesse paraît inévitable, d'autant plus que depuis quelques jours, elle présente de fréquentes syncopes.

A son entrée à la maternité, on constate des signes en rapport avec une grossesse d'environ deux mois.

La malade est amaigrie, elle a la peau sèche, mais ne présente pas d'ictère.

Elle accuse une vive sensibilité au creux épigastrique. Le foie et la rate paraissent normaux.

Le pouls est à 90, la température à 36° 5.

On ne constate aucune modification à l'auscultation du cœur et des poumons.

Traitement.— Isolement et régime lacté.

30 avril. — Elle a vomi tout ce qu'elle a pris.

Urines 400 grammes, ne contiennent ni albumine ni pigments biliaires.

Pouls 94.

Le soir, elle a une syncope.

1er mai. — Elle a deux crises de contracture généralisée, durant chacune une dizaine de minutes, mais ne s'accompagnant pas de perte de connaissance, ni de morsure de la langue, ni d'émission d'urines ou de matières fécales.

Le pouls est à 90.

La température à 36°5.

Elle a éliminé en vingt-quatre heures 500 grammes d'urine.

Elle a vomi à chaque ingestion d'aliments et, refuse de prendre du lait, puisqu'elle doit le vomir.

2 mai. — Elle déclare qu'elle s'ennuie terriblement et désire essayer de s'alimenter.

Elle prend du lait qu'elle conserve parfaitement, le soir elle demande un potage, qui lui est accordé. Elle ne vomit pas.

3 mai. — Elle prend l'alimentation normale, ne vomit pas et sort, sur sa demande, le soir du même jour. Son pouls est alors à 80.

OBSERVATION XIII

(Observation publiée par M. Sauvage, dans *le Journal d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, janvier 1913).

Guérison par injection de sérum d'homme

M^me^ X..., vingt-cinq ans, entre à la Maternité de la Pitié le 27 juin 1912 pour vomissements incoercibles.

Antécédents personnels.— Réglée à treize ans, normalement, elle n'a jamais été malade.

Une première grossesse en 1905, s'est terminée par un accouchement spontané à terme. L'enfant est actuellement bien portant.

Une deuxième grossesse, en 1910 s'est terminée par un avortement à cinq mois.

A son entrée, elle est enceinte de trois mois et demi environ : elle a eu ses dernières règles du 20 au 23 mars.

Elle a commencé à vomir environ trois semaines après ses dernières règles, c'est-à-dire vers le 15 avril. Dès ce moment les vomissements sont très fréquents, ils causent a malade une telle fatigue qu'elle doit garder le lit pendant quinze jours,

Elle vomit tout ce qu'elle prend, et ressent des douleurs violentes à l'épigastre, douleurs à peu près constantes, plutôt calmées par l'ingestion des aliments. Les douleurs et les vomissements sont aussi fréquents la nuit que le jour. Elle ne peut reposer. Elle est très constipée. Elle maigrit rapidement.

Son médecin lui ordonne une potion calmante, des applications chaudes sur le creux épigastrique et des aliments glacés.

Les vomissements paraissent cesser sous l'influence de cette thérapeutique, et la malade commence à s'alimenter.

Pendant trois à quatre semaines les vomissements restent assez espacés. Elle reprend des forces et peut vaquer à ses occupations de ménagère.

A la fin de mai, les vomissements reparaissent avec intensité. Elle reprend le lit. Le traitement n'a pas d'influence sur son état, et son médecin décide de la faire entrer à l'hôpital.

Examen à l'arrivée (M. Sauvage) : femme très amaigrie pesant 36 kilos (son poids habituel est de 47 kilos).

Pouls 116. Température 37 degrés.

Ventre rétracté, en bateau.

Pas de sensibilité épigastrique à la pression.

Matité hépatique : 5 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Rien à signaler du côté du cœur et des poumons.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Les réflexes pupillaires sont lents.

Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

Par le toucher combiné au palper, on délimite facilement l'utérus qui répond à une grossesse de trois mois.

Traitement. — Eau de Sedlitz.
Eau lactosée.
Eau chloroformée.

Elle prend 120 grammes d'eau de Sedlitz, mais les rejette immédiatement.

Ingesta en vingt-quatre heures (du 27 à midi au 28 à midi) :

1 litre d'eau lactosée.
40 grammes d'eau chloroformée.
120 grammes d'eau de Sedlitz.

Excréta :

Vomissements.....	900 gr.
Urines.....	40 gr.

Pas de selle.

28 juin. — Electrisation du pneumogastrique par M. Delherm, et radiographie du bassin. (Cette dernière faite pour des recherches de M. Potocki sur l'utérus gravide).

La malade est très agitée toute la journée, et cela surtout parce qu'elle a entendu dire qu'il faudrait la faire avorter.

Elle fait des efforts de vomissements constants et bruyants.

Le soir, en raison de son agitation, on lui fait une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de *sérum artificiel.*

Les douleurs se calment presque aussitôt, et dix minutes plus tard, elle s'endort et toute la nuit, elle reste très calme.

Poids 35 kgr. 200.

Ingesta en 24 heures (du 28 à midi au 29 à midi).

Eau lactosée.....	1.100 gr.
Eeau chloroformée.....	50 »

Excreta :

Vomissements.....	250 gr.
Urines.....	125 »

Pas de selle.

29 juin. — Le mieux de la nuit continu. Pendant la journée les vomissements sont moins fréquents. La malade est calme.

Pouls 120 à 130.

Température 37 degrés.

Poids 35 kgr. 700.

Ingesta du 29 à midi au 30 à midi.

Injection sous-cutanée de sérum...	500 gr.
Lavement purgatif.....	250 »
Eau lactosée.....	900 »
Eau de Vichy.....	50 »
Potage	20 »
Glace.....	15 »
Total.....	1.735 gr.

Excreta :

Vomissements.....	580 gr.
Urines.....	350 »
Matières fécales (lavement).....	255 »

30 juin. — Les vomissements s'exagèrent.

Pouls 125 à 138.

Poids 34 kgr. 700.

M. Sauvage demande qu'on lui fasse une injection de sérum d'homme.

Elle reçoit dans la soirée *2 centimètres cubes de sérum viril* en injection sous-cutanée.

On lui fait en même temps un centimètre cube de morphine, car elle est très agitée.

Pendant la nuit, elle fait une légère hématémèse de sang noir, cette hématémèse représente environ une cuillère à soupe de sang.

Ingesta du 30 juin à midi au 1er juillet à midi.

Liquides.....	1700 gr.
Urines.....	60 »

Excréta :

Vomissements	1515 gr.
Urines.....	550 »

1er juillet. — La malade est très déprimée, les urines sont très brunes, contiennent des pigments biliaires (Gmelin).

Les conjonctives sont légèrement colorées en jaune.

Les vomissements sont plus espacés, mais plus abondants.

Le pouls oscille entre 120 et 135. Son poids est de 34 kgr. 700.

On injecte 500 grammes de sérum artificiel, *8 centimètres cubes de sérum d'homme.*

On lui fait un-tubo-gavage avec :

Lait.....	500 gr.
Sucre:.....	30 »
2 jaunes d'œuf.....	

Ingesta du 1er au 2 juillet (vingt-quatre heures).

Liquide (lait et eau).....	2.600 gr.
Sérum.....	500 »

Excréta :

Vomissements.....	2650 gr.
Urines.....	500 »

Pas de selle.

2 juillet. — Les conjonctives restent subictériques. Les urines sont bilieuses.

On fait un litre de sérum sous-cutané, un tubo gavage avec :

Lait.....	800 gr.
4 jaunes d'œuf.....	
50 grammes de sucre.....	

Notre collègue et ami Guttmann veut bien se charger de faire un examen du sang de la malade. Il trouve :

Hématies 3.420.000 (après l'injection de sérum).

Hémoglobine 9,5 (au Malassez).

L'équilibre leucocytaire est normal.

La résistance globulaire est :

H^1 0,42 H^2 0,40 H^3 0,36.

Donc la résistance est très légèrement diminuée.

M. Potocki décide d'interrompre la grossesse, et nous charge de poser une laminaire, dans le courant de l'après-midi.

Mais, à partir de midi, les vomissements cessent entièrement, la malade déclare qu'elle se sent mieux.

M. Potocki, prévenu de ce fait nouveau, nous autorise à attendre encore, mais en nous recommandant d'intervenir si les vomissements se reproduisent.

3 juillet. — La malade ne vomit pas. Le subictère conjonctival a disparu, les urines ne contiennent plus de pigments biliaires.

Poids 36 kgr. 900.

Le pouls oscille au voisinage de 100.

Elle prend du lait, du café au lait, du potage, de l'eau lactosée.

4 juillet. — Le mieux persiste. La malade réclame une alimentation plus copieuse. Elle souffre un peu de l'estomac. Elle a quelques vomissements espacés.

Son poids est de 36 kgr. 750.

Elle prend du café au lait, du potage au riz.

On lui fait un litre de sérum sous-cutané.

Du 3 juillet midi au 4 juillet midi :

Ingesta : 2.020 grammes.

Excreta :

Vomissements..... 560 grammes
Urines..... 500 —

Pas de selles.

5 juillet. — Pas de vomissements.

Elle prend une alimentation variée de laquelle on exclut seulement la viande et les œufs.

Son poids, le 6 juillet, est de 38 kgr. 300.

Son poids, le 7 juillet, est de 38 kilos.

Son poids, le 9 juillet, est de 37 kgr. 800.

Son poids, le 10 juillet, est de 38 kgr. 300.

Elle sort de l'hôpital le 11 juillet. Son état général est excellent. Elle ne vomit plus.

Elle revient à la consultation le 19 juillet. Elle ne vomit plus.

Son pouls est à 96.

On note un léger œdème prétibial.

29 juillet. — Examen de M. Sauvage : le fond de l'utérus est à 12 centimètres au-dessus du pubis. Sa forme est irrégulière (bicorne).

On note des contractions utérines répétées.

31 juillet. — Elle revient consulter parce qu'elle ressent des douleurs pelviennes et qu'elle a perdu de l'eau.

Elle est hospitalisée, et, le soir, elle expulse un fœtus pesant 50 grammes, mesurant 13 centimètres, en état de macération commençante.

Vingt minutes après, expulsion spontanée du placenta.

A ce moment, la température est de 37°2, le pouls à 68.

Suites de l'avortement normales.

Cette malade a avoué, pendant son séjour, que cet avortement avait été provoqué en ville.

OBSERVATION XIV

Guérison par injection sous-cutanée d'extrait d'hypophyse

M. D..., secondipare de vingt-quatre ans.

Sa première grossesse s'est terminée par un avortement normal à terme. L'enfant est mort à six semaines d'entérite. Cette grossesse remonte à deux ans. A noter, pendant celle-ci, une albuminurie légère, à la fin.

Elle a eu ses dernières règles le 20 juin, et les vomissements sont apparus quelques jours plus tard.

D'abord espacés, ils sont devenus de plus en plus fréquents. Ils se font avec efforts, et la malade se plaint d'une hyperesthésie épigastrique considérable, qui l'empêche de supporter même le poids des vêtements ou des couvertures dans son lit.

Quand elle arrive à la maternité de la Pitié le 9 septembre, elle est pâle, a les traits tirés, elle pèse 57 kgr. 500 et déclare qu'elle a énormément maigri, de 15 kilos dit-elle.

On note 100 pulsations à la radiale, 29 respirations.

Sa tension artérielle au Pachon donne 12-9.

Sa température est de 37 degrés. Elle fait des efforts de vomissements constants et refuse toute nourriture.

On lui fait, comme médicament, dont on a soin de dire le plus grand bien, 10 centimètres cubes de sérum physiologique sous la peau, tandis qu'elle reçoit un lavement de sérum de 1 litre.

11 septembre. — Même traitement. Les vomissements n'ont pas diminué.

12 septembre. — Pouls 100-104. Température 36°5. Tension artérielle 13-8,5. Les vomissements ont continué.

Elle reçoit un lavement de sérum de 1 litre et essaie de pendre un peu de lait.

Son poids est de 56 kgr. 600.

13 septembre. — Les vomissements paraissent avoir un peu diminué ; mais la malade se plaint d'une grande fatigue.

14 septembre. — Les vomissements continuent.

Le pouls tend à s'accélérer, 104-108.

Tension artérielle au Pachon 13-8. Il y a abolition des réflexes rotuliens.

On fait faire l'examen du fond de l'œil qui montre les papilles un peu rouges, les veines choroïdiennes augmentées de volume, des traces d'œdème autour de la papille.

On porte le diagnostic de névrite optique légère.

Elle reçoit un demi-centimètre cube d'extrait d'hypophyse de Choay.

Notons que la malade a été impressionnée par l'examen ophtalmologique. On lui a déclaré qu'elle pouvait perdre la vue. Mais l'extrait d'hypophyse va la guérir.

15 septembre. — Les vomissements ont beaucoup diminué. Elle prend et garde environ 1 litre de lait.

Son poids n'est que de 56 kgr. 400.

Le pouls reste à 104.

16 septembre. — Un seul vomissement. Elle prend 2 litres de lait et 1 litre d'eau.

Le pouls est à 100.

17 septembre. — Un seul vomissement du poids de 20 gr. Elle prend l'alimentation de tout le monde.

18, 19, 20 septembre. — Pas de vomissements. Son poids, ce dernier jour, est de 58 kgr. 700.

Pouls 80.

Les réflexes rotuliens ont reparu.

Elle sort sur sa demande le 21 en parfait état.

OBSERVATION XV

M. Doléris a encore publié, dans *les Archives de Tocologie* (juin 1885), une observation de vomissements incoercibles chez une hystérique enceinte, adonnée à l'usage de la morphine, guérie par les injections hypodermiques d'eau pure et le changement de milieu.

En résumé, nos observations portent sur 15 cas de vomissements graves, qui se sont tous terminés par guérison à la suite du traitement psychothérapique.

Dans 8 cas, l'isolement seul a suffit, accompagné ou non de médicaments anodins.

Dans 2 cas, l'isolement à été accompagné d'électrisation.

Dans 1 cas, on a ajouté à l'isolement les injections de serum de mâle.

Dans 1 cas, l'extrait d'hypophyse.

Dans 1 cas, on a persuadé à la malade qu'elle n'était pas enceinte.

Dans 1 cas, on l'a persuadée que sa grossesse n'évoluerait pas.

Dans 1 cas, on a employé les injections sous cutanées fréquentes d'eau pure et le changement du milieu.

La lecture de ces observations montre que les vomissements incoercibles se rencontrent chez des hystériques avérées, chez des nerveuses héréditaires mais aussi chez des femmes normales en temps habituel. Chez ces dernières, les fatiques de la gestation, le souci de la grossesse, de l'accouchement peut-être aussi devienent des sources de névropathie, elles vomissent, s'inanitient, et fait bien connue en pathologie générale, plus elles sont inanitiées, plus elles ont tendance à faire des accidents nerveux.

D'autre part certaines femmes désirent certainement l'interruption de la grossesse. Il a suffi d'affirmer à la malade de l'observation IX que sa grossesse n'évoluerait pas, pour faire cesser ses vomissements.

La malade de l'observation XI fut guérie aussi, quand M. Potocki lui affirma qu'elle n'était pas enceinte.

Mais l'observation XIII est particulièrement intéressante en ce qui concerne le désir qu'ont certaines de ces femmes d'avorter. Cette malade, à plusieurs reprises nous déclarait que nos traitements étaient inutiles, que M. Potocki lui-même avait parlé de la nécessité de l'avortement. Nous lui avons affirmé que le traitement par le sérum était infaillible qu'elle ne pouvait pas ne pas guérir. Elle guérit en effet, quitta l'hôpital en parfaite santé et puis... quelque temps plus tard revint terminer un avortement n'ayant rien de spontané.

Nos malades étaient-elles des intoxiquées ou bien étaient-ce toutes des hystériques? Elle ont présenté

tous les symptômes de l'intoxication gravidique, pouls rapide, hypotension, ictère. Et cependant elles ont parfaitement guéri.

Peut-on admettre que ces femmes, guéries par la seule parole de M. Potocki ou de M. Doléris, par l'isolement, par le bleu de méthylène par des injections sous-cutanées d'eau pure, par du sérum d'homme, par de l'extrait d'hypophyse, étaient intoxiquées par leur produit de conception. Un geste, une parole avaient donc suffi pour répandre dans l'organisme de ces femmes les antitoxines nécessaires.

Mais ces vomissements d'origine névropathique guéris par les traitements multiples qui ne sont que de la suggestion, sont-ils des vomissements conscients.

Nullement, et de même que de nombreuses autres manifestations nerveuses, les paralysies hystériques par exemple, les vomissements se produisent de façon inconsciente. Parfois, même, la malade pense qu'elle pourrait vomir, elle essaie de résister, mais cet effort ne fait souvent que provoquer le symptôme. Sa volonté est insuffisante pour lutter. Il faut une influence sérieuse pour stimuler sa volonté émoussée. Et nous croyons que l'état de grossesse à lui seul, avec les soucis qu'il crée, est suffisant pour provoquer cette perte relative de la volonté.

TRAITEMENT

Ce qu'il faut ériger en principe, dit Bouffe de Saint-Blaise. (Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris 14 octobre 1907), c'est qu'on n'a le droit d'interrompre la grossesse que si la femme est en danger de mort et il ne faut le faire que lorsque l'on aura mis en œuvre tous les moyens capables de frapper l'imagination des malades ou de fortifier leur volonté défaillante.

A la Société obstétricale et gynécologie de Paris, 9 janvier 1890

M. Guéniot à propos de cas de vomissements incoercibles guéris par l'avortement provoqué, (observation du Dr Longbois, de Joigny rapportée par Loriot), regrettait qu'on soit intervenu sans avoir mis en œuvre les moyens pouvant atténuer les réflexes de la malade.

Il s'agissait d'une jeune femme de dix-neuf ans, de santé délicate, qui avait mis tous ses soins à éviter la grossesse. Une copulation complète avait eu lieu par

accident. Les signes de grossesse étaient apparus, et immédiatement cet état avait été considéré comme une catastrophe par le mari et la femme.

Bientôt des vomissements étaient venus accroître leur consternation. Ils ne faisaient que croître en abondance et en fréquence, tant et si bien qu'on avait dû avoir recours pendant plus de six semaines à une alimentation uniquement rectale. Cependant, l'état général s'altérait, le poul battait entre 130 et 140.

On décida d'intervenir. L'avortement était à peine fait que la malade déclarait qu'elle mangeraient volontiers. Elle mangea, ne vomit pas, et ne vomit plus. Cette observation paraît répondre à un type de vomissements névropathiques indiscutables. La grossesse a apparu comme une catastrophe dans ce ménage, et les conséquences de cet ennui n'ont pas tardé à apparaître sous forme de vomissements.

M. Guéniot avait entièrement raison de discuter le traitement appliqué et de regretter qu'on n'ait pas essayé de calmer les reflexes de cette femme.

De même, M. Doléris constatait avec beaucoup d'à-propos, que le traitement psychothérapique eut pu, joint ou non à des douches froides, amener les mêmes résultats.

La méthode de Copemann est dangereuse, la dilatation du col par les laminaires peut être suffisante pour amener des constractions utérines et provoquer l'avortement, surtout que l'œuf peut se trouver décollé par la laminaire.

Cas de M. Lepage, dilatation suivie d'avortement spontané (?) (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 14 octobre 1907).

Nous croyons pouvoir régler le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse de la façon suivante :

En premier lieu, il faut désirer être appelé de bonne heure auprès de la malade. Car il est évident qu'on sera désarmé si on se trouve en présence d'une malade déjà en danger de mort.

On devra commencer par un traitement banal, quelconque, avec n'importe quel médicament, avec n'importe quel moyen physique, électricité, douches, massages.

Il faudra surtout gagner la confiance du sujet, affirmer la guérison, sans toutefois l'annoncer comme devant être immédiate. Il faudra toujours songer à l'échec et se garder une porte de sortie.

Inutile d'instituer un régime spécial. Depuis longtemps, on a constaté que ces prétendues intoxiquées qui ne supportent même pas le lait peuvent prendre un beau jour sans en ressentir le moindre malaise les mets les plus lourds, les plus indigestes, les plus toxiques. On aura seulement soin de veiller au bon fonctionnement de l'intestin, car il est certain que la constipation résultant de l'inanition peut permettre la résorption de produits toxiques.

Il faut surtout chercher à donner confiance à la malade, il ne faut nullement paraître soucieux de son état, il faut la rassurer, et surtout, il faut, par

la conversation, essayer de connaître le fond de sa pensée, de savoir si elle n'est pas effrayée par les dangers de l'accouchement, et les complications possibles de celui-ci. Certaines femmes affirment ainsi, pendant les neuf mois de leur grossesse, qu'elles mourront en couche, qu'elles en ont le pressentiment. Il faut chercher, d'autre part, s'il n'existe pas une raison ntime rendant la grossesse indésirable. L'obtention de ces renseignements n'est pas toujours aussi difficile à conquérir qu'il paraît au premier abord, et nous savons avec quelle facilité des femmes, surtout des nerveuses, des malades, nous livrent, à nous médecins, les plus grands secrets de leur existence.

Et il est évident que de ces confidences, nous pouvons tirer des indications très précieuses pour la conduite à tenir.

Si, rapidement, les résultats ne sont pas complets, si les médicaments qu'on a ordonnés, en affirmant leur efficacité, ne donnent pas tout ce qu'on attendait d'eux, il faut parler de la nécessité de l'isolement dans une maison de santé ou à l'hôpital.

La menace de l'isolement suffit souvent à elle seule.

Si elle se montre insuffisante, il faut avoir recours à l'isolement effectif, et autant que possible faire appel à ce moment à une direction médicale nouvelle, à un médecin capable d'impressionner la malade. C'est ainsi que nos malades des observations VIII et IX, furent guéries, presque, pourrions-nous dire, à la vue de M. Doléris.

Il faut encore prescrire à ce moment un médica-

ment dont on vantera les propriétés infaillibles, et qu'on paraîtra donner avec précaution en raison de son action énergique, qu'il s'agisse de pilules de taraxacum dens leonis ou de sérum masculin ou féminin.

Mais pendant toute la durée du traitement, il ne faudra pas manquer d'avoir recours à une thérapeutique adjuvante, injections de sérum sous-cutanées, dans les cas graves, pour rehydrater l'organisme, calmants : chloral, morphine, pour lutter contre l'état de nervosisme des malades.

Nous n'avons jamais vu échouer le traitement psychothérapique des vomissements de la grossesse, mais même si des faits nouveaux nous obligeaient à constater des insuccès, nous resterions persuadés que ce traitement est à employer avec patience et conviction. Nous avons lu une série d'observations de « vomissements toxiques guéris par l'avortement provoqué », et sans nous permettre de discuter les traitements employés, nous croyons qu'on a été parfois trop pénétré de l'idée d'intoxication et de l'inanité de tout traitement qui ne serait pas « antitoxique ». Les partisans de la théorie toxique ne se sont pas suffisamment appliqués à rehydrater leurs malades, par crainte de réactions rénales. Chez notre malade de l'observation XIII, nous avons fait jusqu'à un litre de sérum artificiel par jour.

Il faut être prévenu des rechutes possibles. En effet, par l'isolement, le changement de milieu, une amélioration rapide se produit, la partie paraît

gagnée, puis quelques jours plus tard, les vomissements reparaissent aussi fréquents, aussi abondants qu'avant. Il ne faut pas se décourager pour ce motif; il faut reprendre sérieusement la direction de la malade, regagner sa confiance. Quelquefois il faut faire appel à une aide étrangère — et à ce sujet nous nous souvenons d'une malade — dont nous n'avons malheureusement pas retrouvé l'observation, qui, d'abord améliorée dans le service de M. Doléris, recommença à vomir ensuite. M. Doléris n'hésita pas à l'envoyer dans le service de M. Mathieu, où très rapidement la guérison fut obtenue.

La malade de notre observation XIII eut une rechute de ce genre et nous n'avons qu'à nous féliciter de n'avoir pas marqué notre découragement en nous résignant à provoquer un avortement, mais d'avoir continué nos efforts.

Pouvons-nous affirmer qu'il sera toujours possible d'éviter l'avortement ?

Nous pouvons nous trouver, appelés trop tard, en présence d'une femme en état très grave, amaigrie, émaciée, présentant de l'ictère, avec un pouls au voisinage de 130 ou de 140, une température au-dessous de la normale.

Dans ce cas, il faut aller vite. Nous commencerons par faire une abondante injection de sérum, et si en quelques heures nous n'avons pas réveillé cette volonté presque anéantie, nous n'hésiterons pas à discuter l'urgence de l'avortement, en nous rappelant

que même dans ce cas des catastrophes sont possibles.

Cas de Flaischlea (Soc. gynec. de Berlin, 14 mars 1890), mort deux heures après un avortement provoqué *in extremis*.

Deux cas de mort de Paul Ruje dans les mêmes conditions.

En somme nous réservons l'avortement provoqué pour des cas tout à fait exceptionnels.

Nous admettons entièrement l'opinion de Kaltenbach :

« Si ma manière de voir se confirme... Nous devons devenir de plus en plus réservés sur l'emploi de l'avortement provoqué et tourner nos efforts contre la névrose gravidique qui est à l'origine des accidents. Nous devons surtout agir moralement sur nos malades et nous appliquer à leur suggérer fortement l'action bienfaisante de certains remèdes, de certains diététiques, de certains traitements. Pour arriver dans cette voie au succès, l'obligation s'imposera souvent de retirer les malades de leur milieu habituel pour les soustraire à l'influence reconnue pernicieuse par plusieurs auteurs, de parents trop empressés et surtout à des conditions ambiantes défectueuses ».

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté dans ce travail, 15 observations de vomissements graves de la grossesse, guéris par des traitements divers :

Isolement seul ;
Isolement et traitement électrique ;
Isolement et application de bleu de méthylène ;
Injection de sérum d'homme ;
Injection d'hypophysine ;

qui n'ont pu agir que par persuasion.

Les symptômes généraux qu'ont présentés nos malades ne différaient en rien de ceux décrits avec les vomissements graves causés par l'intoxication gravidique.

La conclusion logique est, que la majorité des vomissements dits incoercibles de la grossesse sont d'origine nerveuse. Ils peuvent s'observer chez des hystériques avérées, des femmes à hérédité nerveuse très chargée, mais aussi chez des femmes paraissant normales en temps habituel et chez qui la grossesse devient une cause de névropathie.

On ne peut, en considérant l'absence d'accidents névropathiques dans les antécédents d'une malade, éliminer le diagnostic de vomissements graves névropathiques.

Les signes attribués aux formes toxiques : tachycardie, diminution de la quantité des urines, des chlorures, des phosphates, de l'urée, présence d'albumine, d'indican, de corps acétoniques, se trouvent dans toutes les formes graves de vomissements, et ne sont que des signes en rapport avec l'inanition, la déshydratation.

Les recherches entreprises sur le sérum de la femme enceinte, si elles peuvent établir la possibilité d'un séro-diagnostic de la grossesse, ne permettent nullement, quoi qu'on ait dit, d'affirmer l'existence d'une toxémie gravidique.

Enfin, la sérothérapie des vomissements graves par injection sous-cutanée de sérum de femme enceinte normale n'a sans doute été qu'une forme du traitement psychothérapique, puisque les mêmes résultats ont pu être obtenus avec du sérum de cheval ou du sérum d'homme.

Traitement. — Puisqu'on ne peut faire le diagnostic de la forme toxique des vomissements de la grossesse, il est du devoir du médecin de traiter les malades de bonne heure, comme des nerveuses.

Si rapidement on ne peut arrêter les vomissements par la suggestion cachée sous les apparences d'une médication quelconque, donnée avec conviction, il

faut retirer la malade de son milieu, l'isoler, puis de nouveau agir sur elle par des méthodes capables de l'impressionner, de frapper son imagination, multiplier les procédés psychothérapiques.

Mais, en même temps, il est indispensable de rehydrater ces malades par d'abondantes injections de sérum artificiel.

Grâce à cette méthode thérapeutique on obtiendra habituellement la guérison. On pourra presque toujours éviter de provoquer l'avortement, auquel on ne devra se résoudre que si la malade court un danger imminent.

Vu : le Président de thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Vomissements graves de la grossesse (Semaine médicale. 6 mars 1901).

Andérodias. — Les vomissements incoercibles de la grossesse. (Journal médical français, 15 janvier 1912).

Assis Nepomuceno. — Séro diagnostic da prenhez, thèse de Rio-de-Janeiro, novembre 1911.

Ahlfeld. — Centralbladt f. Gynéc. 1891. N° 17.

Audebert, — Du traitement utérin des vomissements incoercibles de la grossesse. (Soc. Obstétric de France 1899)

Baisch. — Berlin. Klin. Wochensch. 1907, n° 11.

Bar, Brindeau Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Baudouin. — Thèse de Paris, 1912.

Bossy. — Journal d'accouchement, Liège, 14 janvier 1906.

Champetier de Ribes. — Soc méd. des hôpitaux, 8 mars 1905. Soc. d'Obstétrique et de Gynéc. de Paris, 4 juillet 1895, 16 avril 1896.

Condamin. — Traitement des vomissements incoercibles, Lyon médical 1902.

Codovil Pinto Coelho. — Séro-diagnostic da gravidez. Thèse de Rio-de-Janeiro, 1911.

Cohnstein. — Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum (Centr. f. Gynec., 1891, n° 36).

Coze. — Thèse de Lyon, 1903.

Delestre. — Recherches sur le follic. de Graaf et le corps jaune de la femme (Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mai juin 1910).

Devraigne. — Soc. Obstétric. de France, octobre 1908.

Dirmoser. — Hyperemesis gravidarum (Wiener Mediz. Wochensch., 20 février 1897).

Doléris. — Soc. d'Obstét. et de Gyn. Paris, 9 janvier 1890, 16 avril 1896, 10 janvier 1910.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement.

Engelmann. — Centralblatt., 1886, n° 25.

Fabre et Bonnet. — Soc. d'Obstétr. de Paris, et réunion obstét. de Lyon, 15 janvier 1908.

Fieux. — Congrès nation. de Gyn., d'Obstétr. et de Pédiâtrie. Toulouse, septembre 1910.

— Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse (Soc. Obstétr. de France, XV^e session, octobre 1912).

Fieux et Mauriac. — De la Possibilité d'une toxémie villeuse dans les premiers mois de la gestation (Ann. de Gyn. et d'Obstétr., février 1910).

— Nouvelles recherches sur la présence des anticorps, chorio-villeux de la femme enceinte des premiers mois (Ann. de Gyn. et d'Obstetr., mai 1912).

Fieux et Dantin. — Vom. graves de la grossesse et sérum de femme enceinte des premiers mois (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, janvier 1912, et Ann. de Gyn. et d'Obstétr., mars 1912).

— Contribution à l'emploi du sérum de femme enceinte des premiers mois dans la thérapeutique des vom. graves de la grossesse.

Flaischlea. — Soc. Gyn. de Berlin, 14 mars 1890.

Fraipont. — Soc. médico-chirurgicale de Liège, 1886.

Graily Hewitt. — Soc. Gyn. Americ., septembre 1888.

Greslou. — Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, juillet 1897, et Journal de Médecine de Paris, 9 octobre 1887.

Guéniot. — Archiv. de Tocologie, octobre 1889.

Kaltenbach. — Uber Hyperemesis gravidarum (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1891, Bd. XXI, Hft. I).

Klein. — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1898. Bd. XXXIX. Hft I.

Kliatschkina (M.). — Soc. d'obst. et gynéc. de Kieff, octobre et novembre 1893.

Labusquière. — Vomissements de la grossesse (Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., Revue générale, 1898, vol. 2, p. 379).

Lamy. — Paris médical, 13 avril 1889.

Le Lorier. — Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections sous-cutanées de sérum de femme enceinte normale (Commun. à l'Acad. de Médecine, 25 juillet 1811).

— Uro-diagnostic et uro-pronostic des vomissements graves de la grossesse (Soc. d'Obstétr. et de Gynéc. de Paris, avril 1912).

Lepage. — Soc. d'Obstétr. et de Gynéc. de Paris, 14 octobre 1907.

Lequeux. — Recherches sur le pouvoir glycolytique chez la femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles.

Lewis. — Med. Record, mars 1887.

Loubat. — L'Adrénaline en obstétrique. Thèse de Bordeaux, 1909.

Luez. — Thèse de Paris, 1893.

Loviot. — Soc. d'Obstétr. et de Gyn. de Paris, janvier, février, mars et avril 1894.

Magalhaes (prof. Fernando de). — Arch. Brasileiros de Medecina. Rio-de-Janeiro, octobre 1911.

Meillère. — Société de Biologie, 18 octobre 1902.

Mérédith. — Bristol med. Chirurg. Journal, juin 1886.

Mettay. — Thèse de Paris, 1903.

Mettler. — Journal of Americ Medic. Assoc., février 1912.

Mosbacher. — Synzytiotoxin. Epiphaninreaktion (Deutsche med. Wochensch., nº 22, juin 1911).

Perrilliat. — Thèse, 1909.

Pierrhugues. — Thèse de Paris, 1902.

Pinard. — Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., 1880, p. 380-384. 1891, t. I, p. 17, 1899, t. I, p. 13.

— Esquisse des progrès réalisés en obstétrique pen-

dant le XIXe siècle (Ann. de Gynéc. et d'Obstétr. 1900, 2e volume).

— Congrès international de Gynéc. et d'Obstétr. Rome, 1902.

— Des Vomissements de la gestation (Bulletin de l'Académie de Médecine, 26 avril 1910).

— Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., juillet et août 1909.

— Revue politique d'Obstétrique et de Pédiâtrie, août 1909.

POTOCKI. — Soc. d'Obstétr., de Gynéc. et de Pédiâtrie, 10 janvier 1910.

QUINTELLA ARNALDO. — Séro-diagnostic de la grossesse (Ann. de Gynéc. et d'Obst. Rio-de-Janeiro, juillet 1912).

REGNAULT (J.). — Opothérapie surrénale dans les vomissements de la grossesse (Acad. des Sciences, 22 mai 1911).

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.

ROSENTHAL (Eugen). — Serum diagnostic der Schwangerschaft (Zeitsch. f. Klin. Medizin., vol. LXXII, fasc. 4 et 5).

SCHIROKAUER. — Das Verhalten des diastatischen und Antitriptischen Ferments in der Schvangerschaft (Arch. f. Gyn., vol XCI, fasc. 1, 1910).

SÉVERAC RAITSIS (M.). — Thèse de Paris, 1907.

SERGENT. — L'Insuffisance surrénale en chirurgie et en obstétrique (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 10 sept. 1912).

SERGENT et LIAN. — Du Rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Presse médic., 11 déc. 1912).

SMITH. — Soc. obstétr. et gyn. de Washington, 4 décembre 1885.

TURENNE. — IIe Congrès médic. latino-américain. Buenos-Ayres, avril 1904.

VAYSSIÈRE. — Déviation du complément et grossesse. Thèse de Montpellier, 1912.

Villemin. — Le Corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne. Thèse de Lyon, 1908.

Wallich. — Éléments d'Obstétrique.

— Sur le trait. des vom. incoercibles de la grossesse (Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., 1909).

Whitridge Williams. — Americ. Gynéc. (Société, 1905).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Séméiologie	11
Pronostic	15
Diagnostic	19
Anatomie pathologique	21
Pathogénie	22
Théorie de l'intoxication	25
Réflexe	37
Théorie de la névrose	43
Théories éclectives	47
Discussion sur la pathogénie et le traitement	49
Observations	65
Traitement	101
Conclusions	109
Bibliographie	113

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1892-13